Drughulpverlening in Vlaanderen

Feiten en problemen

in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn,

Mevr. W. Demeester.

mei 1995 Vereniging voor Alcohol-en andere Drugproblemen

Inhoudstafel

4. KWALITATIEVE GEGEVENS 76

5. KNELPUNTEN 119

Voorwoord

Ongetwijfeld is de drugproblematiek momenteel een belangrijk maatschappelijk gegeven met talrijke deelaspecten en invalshoeken, waarover vrij chaotisch wordt gediscussieerd en nogal uiteenlopende maatregelen worden genomen. Een bijzonder belangrijk deelaspect is de drughulpverlening. Deze wordt gedragen door een brede waaier van voorzieningen en sectoren, met enorm veel mogelijkheden maar wellicht ook met beperkingen. Een grondige analyse hiervan, gevolgd door een aantal beleidsadviezen, dringt zich op.

Ten behoeve van Mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin, wordt een dergelijk advies voorbereid door een ad hoc werkgroep “drughulpverlening”, bestaande uit vertegenwoordigers van het Adviescomité, de VAZA en de Administratie Volksgezondheid. Mede op vraag van deze werkgroep heeft minister Demeester aan de VAD opdracht gegeven om onder meer via hearings, een basistekst uit te werken over de actuele mogelijkheden en knelpunten van de drughulpverlening in Vlaanderen.

Het resultaat van deze opdracht werd een uitgebreid document met verrassend veel informatie. En toch blijft de tekst onvolledig en inhoudelijk begrensd. Vooreerst heeft men niet alle sectoren (vb. huisartsen, algemeen welzijnswerk,...) en situaties (bv. de spoedgevallendienst) in de bevraging kunnen opnemen. De gevolgde methode van aparte hearings en werkgroepen per sector heeft er ook toe geleid dat de verschillende bijdragen niet altijd evenwichtig, homogeen of eenduidig werden uitgeschreven. Uiteraard worden er soms verschillende accenten gelegd en andere prioriteiten gesuggereerd. In feite zou men al de gegevens inhoudelijk moeten toetsen aan een algemeen theoretisch concept over hulpverlening. Maar het was niet de bedoeling om een diepgaande inhoudelijke analyse te maken van de verschillende hulpverleningsmogelijkheden. Men koos voor een ruimere beschrijvende inventaris van feiten en problemen, bijeengebracht door zoveel mogelijk betrokkenen. En hierin is men in belangrijke mate geslaagd.

Als voorzitter van de VAD wil ik alle betrokkenen danken voor de tijd en de energie die zij besteed hebben aan dit onderzoek. Een bijzonder woord van dank richt ik aan:
Mevrouw Demeester, die deze opdracht aan de VAD heeft toevertrouwd;
de VAD-leden die de bevragingen oriënteerden;
de trekkers en woordvoerders van de verschillende sectoren voor hun stimulerende invloed;
de leden van de stuurgroep van het project voor hun feedback;
de onderzoeker, Veerle Raes, samen met de promotor, Marijs Geirnaert.

Ongetwijfeld biedt deze inventaris de nodige elementen, suggesties en verwachtingen om een aantal conclusies en beleidsadviezen te formuleren.

Dr. S. Ansoms
Voorzitter VAD.

1. Algemene inleiding

De actuele belangstelling voor de illegale drugproblematiek kadert in het geheel van de maatschappelijke veranderingen die zich de voorbije jaren hebben voorgedaan. Enerzijds wordt een toename van het gebruik van illegale middelen geconstateerd. Anderzijds wordt druggebruik steeds meer geassocieerd met een toename van bepaalde vormen van criminaliteit. Dit verklaart wellicht de grotere maatschappelijke gevoeligheid voor het probleem en leidde onder andere ook tot een dringend appel naar de hulpverleningssector toe. Naast de problematiek van illegaal druggebruik blijven problemen als gevolg van alcohol- maar ook medicatiemisbruik in omvang veel groter. Deze legale drugproblematiek kan echter op veel minder publieke en politieke belangstelling rekenen.
De diverse ontstaansfactoren van drugmisbruik, de diversiteit van de groep van druggebruikers en probleemgebruikers, de gevolgen van drugproblemen op fysiek, psychisch, sociaal, juridisch en financieel vlak, de maatschappelijke facetten van de problematiek op het vlak van welzijn, gezondheid en veiligheid,... verantwoorden een ruim aanbod aan voorzieningen die rond deze problematiek werken.

Afhankelijk van de soort en de ernst van de problematiek en afhankelijk van de vooropgestelde doelen zal een of andere of meerdere vormen van zorg- en hulpverlening aangewezen zijn. Het spreekt voor zich dat afstemming van en samenwerking tussen de verschillende voorzieningen van primordiaal belang zijn om de gestelde doelen te realiseren.

De hulp aan druggebruikers situeert zich op verschillende niveaus van zorg- en hulpverlening. Aansluitend bij de preventie van drugproblemen dient de aandacht bij voorkeur te gaan naar vroegtijdige opsporing- en interventiemogelijkheden. De mantelzorg en de eerstelijnsvoorzieningen staan hierbij voorop. Naarmate de ernst van de problematiek toeneemt komen we van de algemene bij de meer gespecialiseerde voorzieningen terecht. Ook hier zijn nog verschillende gradaties mogelijk van zelfhulp tot ambulante naar residentiële voorzieningen.

In het kader van deze nota inzake drughulpverlening moeten we ons, omwille van tijdsgebrek, beperken tot enkele sectoren binnen dit ruime veld van voorzieningen. De keuze voor de meer gespecialiseerde diensten (met uitzondering van de residentiële welzijnssector) heeft voornamelijk te maken met het feit dat deze diensten het meest in de kijker lopen in het kader van de stijgende aandacht voor drughulpverlening. Evenwel is een verdere inventaris van de knelpunten in de meer algemene hulpverlening essentieel om de uitbouw van de drughulpverlening in zijn totaliteit te optimaliseren.

1.1 Situering van de verschillende betrokkenen

De bekommernis in verband met de drughulpverlening binnen de **sector van de ziekenhuizen in het algemeen en van de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder** kadert in het licht van de toegenomen aandacht voor de drugproblematiek. Deze ontwikkelingen vallen bovendien nog samen met een geheel aan veranderingen binnen de psychiatrische sector dat zich de laatste jaren heeft voorgedaan.

Eerst wordt deze sector geconfronteerd met een capaciteitsreductie in het kader van de algemene reconversie van bedden. Ook de psychiatrische ziekenhuisbedden ontsnapten niet aan die beddeninlevering. Tegelijkertijd wordt een wettelijk kader gecreëerd voor een nieuwe werkvorm in de psychiatrische sector: het beschut wonen. Toen men, voortbouwend op het wetsvoorstel Lallemand-Erdman tot wijziging van de Wet van '21 inzake verhandeling van

giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica, begin 1993 met het wetsvoorstel Arts-Hermans tot aanvulling van de wet van '64 betreffende opschorting, uitstel en probatie inzake de verplichte verzorging bij verslaving aan verdovende middelen voor de dag kwam, werd dit dan ook gezien als een nieuwe aanval op de sector. Immers, de psychiatrische ziekenhuizen kregen aldus juist in tijden van beddenafbouw, een toenemende aanspraak op die bedden te verwerken. Hierbij is het niet zozeer het aantal patiënten dat toeneemt, wel de ernst van de problemen van de overblijvende patiënten en daarmee ook de intensiteit van de zorg en de opnameduur. Dit is o.a. het geval voor drugverslaafde patiënten. Langzaamaan ontstaat er een kloof tussen de draaglast en de draagkracht van de psychiatrische ziekenhuizen [1].

Binnen de **revalidatiesector inzake drughulpverlening** worden vier werksoorten onderscheiden:

- de residentiële crisisinterventiecentra;
- de residentiële behandelingscentra die een kortlopend programma aanbieden;
- de residentiële behandelingscentra die een langdurend programma aanbieden. De therapeutische gemeenschappen behoren tot deze laatstgenoemden;
- de ambulante begeleidings- en / of behandelingscentra.

De specificiteit van de behandeling in elk van deze werksoorten wordt uitgewerkt in het hoofdstuk met kwalitatieve gegevens per sector. In Vlaanderen ontwikkelden zich de eerste residentiële opvangstructuren voor illegale drugverslaafden in het Gentse in de zeventiger jaren. Daarnaast heeft zich later ook een ambulante revalidatiesector in verband met drugverslaving ontwikkeld.

Naar aanleiding van de verhoogde aandacht van het beleid en van de publieke opinie rond het gebruik van illegale drugs, wordt ook vanuit het welzijnswerk een eigen accent gelegd in het debat. Dit accent vertrekt van de rol die de welzijnssector terzake te vervullen heeft. Binnen de **residentiële welzijnssector**, meer bepaald in de thuislozenzorg wordt men steeds vaker geconfronteerd met de verslavingsproblematiek. In de vorm van alcoholproblematiek was dit voor deze sector tot dusver een oude bekende. Dit is niet het geval met de toegenomen verslaving aan psychofarmaca van de laatste jaren. Tevens worden de onthaalcentra ook geconfronteerd met een sterke verjonging van hun cliënteel, wat gepaard gaat met de opvang van zowel experimenterende jonge druggebruikers als echt problematische druggebruikers die elders geen plaats of opvang vinden.

Naast de residentiële sector, laat het probleem van druggebruik en van drugverslaving zich ook voelen in **de ambulante sector**. Hier kan dan verwezen worden naar huisartsen, apothekers, diverse werksoorten binnen het algemeen ambulant welzijnswerk, centra geestelijke gezondheidszorg enz... Huisartsen worden nu zelfs actief in het debat rond de drughulpverlening betrokken, met name omtrent de inschakeling van huisartsen voor het toeleveren van methadon.

In deze nota wordt de bespreking van de ambulante sector evenwel beperkt tot de centra geestelijke gezondheidszorg en de dagcentra inzake drughulpverlening. Enkel heel summier zullen hier en daar wat gegevens in verband met het ambulant algemeen welzijnswerk worden opgenomen.

De profilering inzake drughulpverlening van de **centra geestelijke gezondheidszorg** lijkt op het eerste zicht niet meteen duidelijk. Die onduidelijkheid kan worden toegeschreven enerzijds aan de wetgever zelf, anderzijds aan de -o.a. tengevolge van die wetgeving ontstane- vooral therapeutische ingesteldheid van de meeste centra. Men ziet zichzelf in eerste instantie in een tweedelijnsrol, die werkt op doorverwijzing. Dit belet niet dat de behandeling van

[1] Lissens G., Bedenkingen bij het wetsvoorstel tot aanvulling van de wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie inzake de verplichte verzorging bij verslaving aan verdovende middelen (Arts-Hermans), in: Fatik, juni 1993

verslavingsproblematiek in het algemeen en van illegale drugverslaving in het bijzonder wel degelijk tot de opdracht van de centra geestelijke gezondheidszorg behoort.

In verband met de drughulpverlening kan men vandaag drie soorten centra voor geestelijke gezondheidszorg onderscheiden:

- De centra die zich ondanks de wetgeving toch specialiseerden in drughulpverlening. Deze situeren zich vooral in de grote steden: CAT te Gent, CAD te Hasselt, Primavera te Brussel, Altox te Antwerpen, Team Alcohol en Drugs te Leuven en een centrum geestelijke gezondheidszorg te Oostende.

- De centra die helemaal niet gespecialiseerd zijn, maar waarvan minimaal aangenomen en verwacht wordt dat zij de detectie doen van het drugprobleem en de diagnose stellen. Na het stellen van de diagnose worden cliënten geholpen om het pad naar de specifieke drughulpverlening te vinden.

- De centra die niet alleen de detectie en de diagnosestelling doen, maar ook de behandeling op zich nemen, naast de andere geestelijke gezondheidszorgproblematiek.

Intussen ontstonden ook andere initiatieven die zich op ambulante drughulpverlening specialiseerden. Hun erkenning gebeurde naar analogie met de residentiële gespecialiseerde drughulpverlening, maar is voorlopig nog beperkt tot één centrum. Die erkenning gaf meteen aanleiding tot de oprichting van meerdere ambulante **revalidatiecentra inzake drughulpverlening** op verschillende plaatsen in het land, die tot op heden evenwel niet zijn erkend. Ook deze ambulante revalidatiesector inzake drughulpverlening wordt behandeld binnen deze nota.

De betrokkenheid van het geheel van het **ambulant welzijnswerk** in de drugproblematiek ligt vandaag nog anders. Deze sector situeert zich immers in het middenveld tussen algemene preventiecampagnes en gespecialiseerde behandeling van verslaafden. Vandaar dat ook grote beleidsaandacht dient te gaan naar de psychosociale begeleiding van problematische druggebruikers. De drugproblematiek is immers niet alleen of hoofdzakelijk een probleem van (geestelijke) gezondheid, het is vóór alles en misschien zelfs nog meer een probleem van welzijn.

Tenslotte situeren zich in het geheel van de drugproblematiek nog twee groepen die een niet te onderschatten rol vervullen in de opvang van drugproblemen: de straathoekwerkers en de zelfhulpgroepen.

De **straathoekwerkers** krijgen de laatste tijd heel wat aandacht. Straathoekwerk is een methodiek in de marge van het welzijnswerk. De historiek ervan startte in Vlaanderen in de provincie Limburg anno 1985. Het initiatief kreeg navolging in andere Vlaamse gemeenten: eerst voor het werken met druggebruikers, later ten aanzien van hooligans, thuislozen en maatschappelijk kwetsbare jongeren. Het straathoekwerk ontwikkelde zich via DAC en Gesco-tewerkstellingen, later werden middelen aan de sector toegekend via VFIK-fondsen. Een derde belangrijke tendens voor het straathoekwerk was de invoering van veiligheidscontracten tussen de gemeenten en het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Hierdoor zijn het vooral de gemeenten die het werkgeversschap van straathoekwerkers opnemen. Dit verklaart de moeilijke integratie van het straathoekwerk als afzonderlijke sector in het geheel van de drugproblematiek.

Last but not least zijn er de **zelfhulpgroepen**. Ook zij vormen de stille getuigen van de toename van het probleem van verslaving, niet alleen naar aantal mensen, maar ook naar soorten produkten waaraan mensen verslaafd raken. Ook geven zij vaak een antwoord op de hiaten die binnen het bestaande aanbod van drughulpverlening worden ervaren.

Elk van deze groepen of sectoren verdienen de nodige aandacht in deze nota inzake drughulpverlening. Nochtans zullen ze niet alle in extenso en in gelijke verhouding benaderd en/of besproken worden. In oktober 1994 werd vanuit het kabinet van de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin, opdracht gegeven aan de

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (V.A.D.) een basistekst uit te werken in verband met de drughulpverlening in Vlaanderen. De inhoudelijke ambitie van deze nota bestaat er in een inventaris te maken van het huidige hulpverleningsaanbod en de vragen, problemen en knelpunten in de verschillende sectoren te inventariseren en te documenteren. Om dit te realiseren werden aan de V.A.D. de nodige middelen toegekend om daar één persoon gedurende zes maanden voor aan te stellen en dit met ingang van 1 november 1994. Die beperking in de tijd is de voornaamste en enige verklarende factor voor hiaten en onevenwichten in de opgenomen informatie.

1.2 Schets van de methodologische aanpak

De opdracht in verband met de opstelling van deze knelpuntennota inzake drughulpverlening heeft betrekking op de verschillende sectoren die met de problematiek van drugs te maken hebben. Dit zijn met name volgende sectoren:

- de psychiatrische sector
- de sector geestelijke gezondheidszorg
- de revalidatiesector inzake drughulpverlening
- de residentiële welzijnssector

Daarnaast worden nog opgenomen, zij het dat dit niet echt afzonderlijke sectoren vormen:

- het straathoekwerk
- de zelfhulpgroepen

Ook al worden hier in de lijst al zes verschillende sectoren of werkvormen opgenomen, in feite is deze lijst inzake de problematiek van drughulpverlening nog niet volledig. Naast de genoemde sectoren passen nog in het lijstje:

- de huisartsen
- de apothekers
- de algemene ambulante welzijnssector
- de ziekenhuizen met een dienst spoedopname
- de ziekenhuizen met een PAAZ-dienst

- de hele justitiële sector

Nochtans wordt van bij de aanvang beslist de behandeling van de problematiek van drughulpverlening te beperken tot de zes eerstgenoemde werksoorten. Gezien de beperkte middelen die ter beschikking werden gesteld voor de uitwerking van deze nota leidde de opname van zes sectoren of werksoorten binnen een tijdsbestek van slechts zes maanden, reeds tot een scherp berekende timing. Hiervoor werden immers oorspronkelijk al meer dan zes maanden gevraagd.

De werkzaamheden werden aangevat met enkele namen van **contactpersonen per sector**. Bij de meeste van dezen werd een **eerste verkennend gesprek** gevoerd op basis waarvan een verdere methodologie werd uitgewerkt. Deze methodologie was niet voor alle sectoren dezelfde. Hoewel een effectief bezoek aan àlle betrokken organisaties en centra wellicht een nog betere kijk had kunnen geven op het geheel van de drughulpverlening in deze verschillende sectoren hebben we ons moeten beperken tot slechts enkele bezoeken ter plaatse.

Binnen de **psychiatrische sector** werd voortgebouwd op de bestaande werkzaamheden van de 'werkgroep psychiatrische ziekenhuizen' die op initiatief van de psychiatrische kliniek St. Hiëronymus te St. Niklaas was opgestart. Deze volledige werkgroep kwam tijdens de loop van het project twee keer samen. Tussentijds waren er ook nog twee samenkomsten in een beperktere werkgroep voor de samenstelling van de eindnota inzake de psychiatrische sector. In verband met de werkzaamheden van deze werkgroep dient nog te worden verduidelijkt dat men inzake drughulpverlening, wel degelijk op de problematiek inzake *illegale* drugs in de psychiatrische sector wenste zicht te krijgen.

Bij de eerste plenaire vergadering werd de synthese besproken van de verslagen uit de vorige vergaderingen, de teksten die door verschillende werkgroepleden geproduceerd werden en de resultaten van de inventarisatie, in de loop van het voorbije jaar uitgevoerd door de VAD. Hieruit bleek welke en waar er hiaten waren op het vlak van informatie. Dit was de onmiddellijke aanleiding tot de uitwerking van een beknopte bevraging naar de psychiatrische ziekenhuizen om een en ander te kunnen kwantificeren. Deze beknopte bevraging werd uitgewerkt binnen de beperkte werkgroep. Bij de tweede plenaire vergadering werden vooral de kwantitatieve gegevens als resultaat van deze beknopte bevraging, waarop overigens een respons van 70% (n=40) kwam, besproken.

Al het materiaal dat via deze werkwijze werd verkregen vormde naast wetteksten en andere gepubliceerde documenten de uiteindelijke basis voor de uitwerking van de informatie in de nota in verband met de psychiatrische ziekenhuissector.

Voor de **residentiële revalidatiesector inzake drughulpverlening** werd in elk centrum (6) een beperkt gestructureerd interview afgenomen van de directeur. Het grootste deel van de informatie werd tenslotte gehaald uit gepubliceerde en ongepubliceerde documenten vanwege deze centra: tijdschriften, jaarverslagen, informatiebrochures e.d. Voor wat de meer wetgevende informatie betreft werd rechtstreeks contact opgenomen met een verantwoordelijke binnen het RIZIV. De verwerking van al deze informatie in één sectorgebonden tekst werd tenslotte besproken tijdens een vergadering van de vereniging voor behandeling van verslavingsproblemen. Ook de commentaren in verband met de betrokken revalidatiesector op deze tekst zijn verwerkt in de nota.

Voor de **residentiële welzijnssector** werd contact opgenomen met 'Thuislozenzorg Vlaanderen', de koepelorganisatie voor het residentieel welzijnswerk in Vlaanderen. Ook daar werd een beperkt gestructureerd interview afgenomen van de verantwoordelijke. Via dezelfde weg werden aan de onderzoeker wetteksten, registratiegegevens en documenten vanuit het pluralistisch overleg welzijnswerk ter beschikking gesteld. Het is vooral via deze laatste documenten dat hier en daar in de nota ook wat informatie over en vanuit **het ambulant welzijnswerk** kan gegeven worden.

Voor de **sector geestelijke gezondheidszorg** had de onderzoeker bij de aanvang een beperkt gestructureerd interview met getuigen uit vier verschillende centra geestelijke gezondheidszorg. Aldus werd een bezoek afgelegd in het Therapiecentrum te St. Niklaas, cggz Primavera te Brussel, Altox te Antwerpen en het CAD-Hasselt. Daarnaast was er ook contact met het hoofd van de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg en met het hoofd van de Vereniging voor Medisch Sociale Instellingen. Tenslotte werd nog de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg aangesproken in het kader van de aanvraag tot het verkrijgen van sommige registratiegegevens, om een deel van de via gesprekken verkregen informatie, naar analogie met de psychiatrische ziekenhuizen enigszins te kunnen kwantificeren. Daarnaast werd, naar analogie met de psychiatrische ziekenhuizen, eveneens een beperkte vragenlijst naar alle centra geestelijke gezondheidszorg gestuurd. De resultaten van deze beknopte bevraging - met een respons van 82% (n=85)- vormden de basis voor een plenaire vergadering eind maart 1995, waar vertegenwoordigers uit de verschillende provincies evenals de hoofden van beide federaties op werden uitgenodigd. De namen van deze mensen werden doorgegeven via de beide federaties. De registratiegegevens kwamen in dezelfde periode beschikbaar.

Voor de **dagcentra inzake drughulpverlening** werd enkel gebruik gemaakt van de gepubliceerde jaarverslagen. Geen enkel centrum werd effectief bezocht.

De informatie over het **straathoekwerk** werd vooral verkregen via het jaarverslag 1993-1994 van VLASTROV. Dit materiaal werd verder verdiept aan de hand van een beperkt gestructureerd interview met twee coördinatoren van het straathoekwerk.

Ook voor de **zelfhulpgroepen** tenslotte werd in eerste instantie gebruik gemaakt van gegevens vanwege Trefpunt Zelfhulp. Daarnaast werden nog gesprekken gevoerd met verschillende

getuigen, zowel van AA-groepen en van Toxan-groepen als van oudergroepen van drugverslaafde kinderen. Het cijfermateriaal werd eveneens verkregen van trefpunt Zelfhulp.

2. Wettelijke omkadering

2.1 Residentiële voorzieningen

2.1.1 Ziekenhuissector: algemene en psychiatrische ziekenhuizen

2.1.1.1 BEVOEGDE OVERHEID

De ziekenhuiswetgeving valt integraal onder de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid. Deze ziekenhuiswet heeft een lange voorgeschiedenis. De eerste Wet op de Ziekenhuizen dateert van 1963. Deze wet heeft intussen tal van wijzigingen en aanpassingen ondergaan. Twee fundamentele principes liggen aan de basis van deze wet: de vrije toegang van patiënten tot intramurale voorzieningen en tegelijk het beveiligen van de kwaliteit van de zorgen. Daartoe worden in deze wet twee methoden gehanteerd:
- het bepalen van programmatiecriteria met het oog op het bekomen van een goede spreiding van de voorzieningen én het creëren van een lage drempel naar de patiënten toe;
- het bepalen van erkenningscriteria met het oog op de beveiliging van het aanbod. Die erkenningscriteria werden bovendien uitgebreid naar erkenningsvereisten voor artsen, paramedici en voor een goed uitgebouwd onderwijs ten aanzien van deze laatsten.

De zware financiële uitgaven die daaruit voortvloeiden, samen met een steeds toenemende vraag naar zorg leidde evenwel tot voortdurende aanpassingen in het hoofdstuk inzake de financiering van de ziekenhuizen. Sedert 1982 wordt door de federale minister van Volksgezondheid gezocht naar een meer optimale toewijzing van de middelen. Er wordt in 1982 overgestapt van een financiering eerst op historische basis, vervolgens op previsionele basis, naar een systeem van enveloppering, om tenslotte vanaf 1986 te evolueren naar een ziekenhuisfinanciering in overeenstemming met een globaal budget voor het Rijk.

Hoedanook, programmatiecriteria, erkenningscriteria én financieringsregels met betrekking tot de ziekenhuizen, algemene én psychiatrische, behoren tot de bevoegdheid van de federale Minister van Volksgezondheid.

2.1.1.2 FINANCIERING

Het volledig uitwerken van de ziekenhuisfinanciering leidt in het licht van deze nota te ver. De bespreking zal hier op het gevaar af té summier te zijn, beperkt blijven tot een beknopte toelichting inzake de samenstellende elementen van deze financiering.

De ziekenhuisfinanciering wordt gekenmerkt door een dubbele financiering. Met name wordt een onderscheid gemaakt tussen de 'hospitalisatie-afdelingen' en de 'geneesherenactiviteiten'. Hospitalisatie-afdelingen worden gefinancierd via de verpleegdagprijs. De financiering van de geneesherenactiviteiten verloopt normaal via de honoraria. Laatstgenoemde worden geregeld via overeenkomsten met het RIZIV en worden vastgelegd in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen. De verpleegdagprijs wordt vastgesteld op basis van een samengesteld budget bestaande uit diverse onderdelen en bestanddelen. Met name gaat het om:

- deel A, waarin de afschrijvingslasten bij nieuwbouw of vernieuwing zijn opgenomen, afschrijvingen voor medisch en niet medisch materiaal en kaskredietlasten;

- deel B, waarin in essentie de kosten van gemeenschappelijke diensten en de kosten van klinische diensten zijn opgenomen, naast 'kleinere' bestanddelen als kosten die op forfaitaire wijze worden gedekt (hoofdgeneesheer, verpleegkundige ziekenhuis-hygiënist, registratie MKG en MVG, bedrijfsrevisor), kosten voor de ziekenhuisapotheek, ...
- deel C, waarin het vooral gaat om hetzij aanloopkosten, hetzij inhaalkosten.

In de voorbije jaren werden vooral wijzigingen doorgevoerd in de bepalingen met betrekking tot deze samenstellende elementen van de verpleegdagprijs. Deel B genereert daarbij de grootste hoeveelheid kosten. Tevens bestaat er een tendens naar meer integratie van kosten gegenereerd via de verpleegdagprijs en kosten gegenereerd via de geneesherenhonoraria. De uiteindelijke verpleegdagprijs wordt tenslotte voor ongeveer één vierde gerecupereerd bij Volksgezondheid, de overige drievierde zijn afkomstig van het RIZIV. De concrete regels voor de uitbetaling van de verpleegdagprijs worden bepaald door de Minister van Sociale Zaken. Geneesherenhonoraria (voor medisch technische prestaties), geneesmiddelen, klinische biologie, radiologie behielden het langst een 100 % financiering door het RIZIV. Ook hier is intussen verandering in gekomen via het matigingsticket.

De toepassing van al deze regelen en veranderingen werd later doorgevoerd binnen de psychiatrische sector, maar ook zij ontsnappen niet aan de herziening. Structurele onderbezetting in de psychiatrische sector leidde tot fikse quotaverminderingen van verpleegdagen sedert 1990. Daarnaast wordt een wettelijk kader gecreëerd voor een nieuwe werkvorm in de psychiatrische sector, met name het Beschut Wonen. De volledige reconversie binnen de sector van de psychiatrische ziekenhuizen dient volledig te zijn doorgevoerd einde van 1995. Tegen die achtergrond situeert zich vandaag een toenemende druk op de psychiatrische sector met betrekking tot de (gedwongen) opname van drugverslaafde patiënten.

2.1.2 Revalidatiesector: crisisinterventiecentra en therapeutische gemeenschappen

2.1.2.1 BEVOEGDE OVERHEID

Inzake het gezondheidsbeleid bestaan er talrijke uitzonderingen voor wat betreft de bevoegde minister betreffende de 'zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen' (persoonsgebonden materie dus). Met name is het de federale minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, die bevoegd bleef o.a. over de ziekenhuiswetgeving, de ligdagprijs en de ziekte- en invaliditeitsverzekering[2]. Sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen werden toepasselijk verklaard op initiatieven die behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse en Brusselse overheid inzake gezondheidszorg. Dit is niet het geval voor de revalidatiesector inzake drughulpverlening. Voor de revalidatiecentra inzake drughulpverlening wordt geen specifieke gezondheidsbeleids-bevoegdheid teruggevonden, noch bij een Vlaamse noch bij een federale 'gezondheidsminister'. Het beleid én het 'toezicht' over de revalidatiesector inzake drugproblematiek situeert zich rechtstreeks en uitsluitend bij haar financierende overheid, met name het RIZIV, dat op zijn beurt ressorteert onder de bevoegdheid van de federale minister van Sociale Zaken.

De wettelijke basis van de revalidatiesector bestaat uit een summiere verwijzing binnen de RIZIV-wet (later gecoördineerd bij Koninklijk Besluit van 14 juli 1994). In het kader van deze wet wordt aan het Verzekeringscomité binnen het RIZIV de bevoegdheid gegeven om op voorstel van het College van geneesheren directeurs met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen overeenkomsten te sluiten. Het College van geneesheren directeurs maakt op zijn beurt ontwerpen van met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen te sluiten overeenkomsten en verstrekt advies aan het Beheerscomité van de dienst voor geneeskundige

[2] Politiek zakboekje 1994, Antwerpen, Kluwer, 1994

verzorging, die de beslissing neemt. Deze ontwerpen worden tegelijk voorgelegd aan het Verzekeringscomité als medegedeeld aan de begrotings- en financieel adviseur. Dergelijke overeenkomsten zijn in theorie jaarlijks opzegbaar, maar worden in de praktijk stilzwijgend verlengd. In de loop der jaren is er wel geprobeerd om gelijkgerichte inrichtingen op dezelfde manier te behandelen. De inhoud van die overeenkomsten is nu wel mee geëvolueerd en men tracht een zekere logika aan te houden. Hoedanook, de overeenkomsten inzake druggebruik zijn geen specifieke budgettaire, medische of administratieve entiteit binnen het RIZIV. De revalidatie-overeenkomsten worden behandeld zoals geneeskundige verstrekkingen in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit betekent concreet voor het RIZIV dat de tenlasteneming altijd het gevolg is van een vrijwillige aanvraag (van een initiatiefnemer) en dat het forfaitair bedrag "overeenkomst" enkel geldt voor verstrekkingen aan patiënten die door een verzekeringsinstelling sociaal zijn beschermd[3].

2.1.2.2 FINANCIERING

Als logisch gevolg van hoger uitgewerkte wettelijke basis of eigenlijke bevoegdheid over de revalidatiecentra in drughulpverlening wordt ook de financiering integraal geregeld via de individuele conventies met het RIZIV. De verschillen hangen vooral af van volgende gegevens:

- externaten versus internaten
- individuele versus groepsbegeleiding versus gemengd
- grotere inrichtingen versus kleinere inrichtingen

Dit laatste onderscheid wordt gemaakt op basis van de aanname dat men in grotere inrichtingen kan terugvallen op een ruimere basisinfrastructuur. Voor internaten geldt qua personeelsomkadering dat er in principe één personeelslid is per patiënt. Grotere instellingen, zoals bijvoorbeeld "geïntegreerde TG's", kunnen het met minder personeel. De capaciteit, dus het aantal cliënten wordt wél vastgelegd in de conventie. Deze mag in principe niet overschreden worden. Omgekeerd moet men op jaarbasis die capaciteit wel halen, wil men de volledige financiële enveloppe gerealiseerd krijgen. Die eis staat rechtstreeks in verband met het behoud van de kwaliteit van de behandeling. De personeelsvoorziening hoort bij de vastgelegde capaciteit qua cliënten.

De financiering gebeurt dus in wezen via een all in enveloppesysteem. Om recht te hebben op de volledige enveloppe moet het centrum wel aan een aantal voorwaarden voldoen. Die voorwaarden hebben betrekking op:

- de personeelsomkadering
- de bezetting op jaarbasis

In tegenstelling tot de ziekenhuissector worden in deze enveloppe voor revalidatie de kosten voor infrastructuur, bouw en verbouw geïntegreerd. Eventuele afschrijvingen op dat vlak maken deel uit van die RIZIV-enveloppe en worden niet afzonderlijk gesubsidieerd via de Ministers (federale en gemeenschaps-) van Volksgezondheid. Ook de medische prestaties (op een beperkt aantal uitzonderingen na) maken integraal deel uit van deze enveloppe. De financiering van de ziekenhuizen en/of psychiatrische ziekenhuizen is bijgevolg fundamenteel verschillend van die van de revalidatiecentra -al dan niet- voor illegale drugverslaafden.

---

[3] Gesprekken met bevoorrechte getuige 'De Heer G. Verscuren' van het RIZIV.
Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd bij K.B. van 14 juli 1994, artikel 22, 6° en artikel 23 §3

2.1.3 Welzijnssector/Onthaaltehuizen

2.1.3.1 BEVOEGDE OVERHEID

Voor de bespreking van het wettelijk kader voor de centra voor residentieel welzijnswerk zijn er vier wetgevende teksten van belang:

- het Besluit van de Vlaamse Executieve houdende de voorwaarden inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor residentieel welzijnswerk (4/4/1990 in B.S. 27/7/90)
- het Besluit van de Vlaamse Executieve houdende de voorwaarden inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor residentiële opvang van jongvolwassenen (10/7/1991 in B.S. 8/1/1992)
- het Dekreet betreffende het algemeen welzijnswerk (24/7/91 in B.S. 18/9/91)
- het Besluit van de Vlaamse regering tot uitvoering van het Dekreet van 24 juli 1991 betreffende het algemeen welzijnswerk (21/9/1994)

Eerstgenoemde besluit regelde de erkenning en de subsidiëring van het residentieel welzijnswerk vóór er een algemeen dekreet werd uitgevaardigd betreffende het algemeen welzijnswerk. Uit dit besluit noteren we twee soorten van bepalingen die belangrijk zijn in het kader van deze nota:

<u>- bepalingen ivm de definitie van bepaalde begrippen:</u>
* een centrum voor residentieel welzijnswerk is een voorziening die op een professionele wijze een aangepaste hulpverlening biedt aan thuislozen om hun zelfstandigheid en hun reïntegratie in de samenleving te bevorderen;
* thuislozen zijn personen gekenmerkt door een combinatie van persoonlijke, relationele en maatschappelijke kwetsbaarheid die daardoor tijdelijk of permanent niet in staat zijn zelfstandig te wonen of daardoor in acute woningnood verkeren;
* aangepaste hulpverlening houdt in:
    - het verstrekken van onderdak en dringende materiële hulp en zo nodig het organiseren van medische hulp;
    - het aanleren van vaardigheden vereist om zelfstandig te kunnen wonen;
    - het verlenen van psychosociale begeleiding gericht op het verhogen van de persoonlijke weerbaarheid, op het herstellen of opbouwen van een relatienetwerk, en op het verhogen van de maatschappelijke zelfredzaamheid en participatie;
* de voorziene categorieën van thuislozenzorg zijn:
    - algemene residentiële opvang;
    - residentiële opvang van vrouwen met kinderen;
    - residentiële crisisopvang;
    - opvang en begeleiding in beschut wonen.

<u>- bepalingen inzake het aantal en de spreiding van centra voor residentieel welzijnswerk.</u>
Het aantal en de spreiding van de centra voor residentieeel welzijnswerk is immers ook nog geprogrammeerd. Bij die programmatie werd rekening gehouden met de verschillende erkenningscategorieën. Aldus kwam men in 1990 tot volgende normen (art11):

- één opvangplaats per 6000 inwoners voor algemene residentiële opvang;
- één opvangplaats per 20000 inwoners voor residentiële opvang van vrouwen met kinderen;
- één opvangplaats per 75000 inwoners voor residentiële crisisopvang;
- één opvangplaats per 15000 inwoners voor opvang en begeleiding in beschut wonen.

Het tweede besluit verwijst naar een bijzondere soort residentiële opvang, met name die voor jongvolwassenen.

In het dekreet betreffende het algemeen welzijnswerk van 24/7/1991 wordt onder residentieel welzijnswerk verstaan (art2,3°): *" algemeen welzijnswerk dat gepaard gaat met een residentiële*

opname van beperkte duur van burgers die tijdelijk niet in staat zijn zelfstandig te wonen of die in acute woningnood verkeren."

De erkenningscategorieën zijn in het dekreet enigszins veranderd. In het Besluit van 1990 was er geen sprake van jongvolwassenen. In verband met de thuislozen werd enkel gesteld dat dit personen moeten zijn ouder dan 18 jaar met uitzondering van kinderen die hun ouders vergezellen. Daarnaast was er oorspronkelijk een afzonderlijk Besluit van 10 juli 1991 dat de voorwaarden bepaalde inzake erkenning en subsidiëring van de centra voor residentiële opvang van jongvolwassenen. Deze groep 'thuislozen' worden in het nieuwe decreet geïntegreerd en situeren zich in de groep centra Type A (ambulant algemeen welzijnswerk), soort b (Begeleid Wonen). Categorie 7 hierin groepeert de centra voor Begeleid Wonen van Jongvolwassenen; Categorie 8 , de centra voor Begeleid Wonen van thuislozen.

Het erkenningsbesluit van 21 september 1994 brengt een aantal interessante wijzigingen in de definities, met name (art1):

- de minister is het lid van de Vlaamse regering dat bevoegd is voor de bijstand aan personen;
- de administratie is de administratie Gezin en Welzijn van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur van de Vlaamse Gemeenschap;
- thuislozen zijn personen die persoonlijk, relationeel en maatschappelijk kwetsbaar zijn en daardoor tijdelijk of permanent niet in staat zijn zelfstandig te wonen of daardoor in acute woningnood verkeren. Deze personen zijn ouder dan 18 jaar, de kinderen die hun ouders vergezellen uitgezonderd, en ***hebben geen behoefte aan intensief permanent medisch, psychiatrisch en psychotherapeutisch toezicht***;
- jongvolwassenen zijn natuurlijke personen ouder dan 18 jaar en jonger dan 25 jaar;
- capaciteit is het aantal personen dat een centrum mag opnemen of begeleiden zoals bepaald door de minister;
- werkgebied is een geografisch gebied waarvan de grenzen in het erkenningsbesluit worden bepaald en waarbinnen het centrum zijn activiteiten mag ontplooien;
- centrum is een centrum voor algemeen welzijnswerk;
- samenwerkingsregio is een regio die samenvalt met de 9 huidige bestuurlijke arrondissementen, opgenomen in het besluit;
- rekeneenheid is een getal dat het aantal subsidieerbare personeelsleden weergeeft dat in een kalenderjaar in een centrum effectief werd tewerkgesteld, uitgedrukt in voltijdse equivalenten;
- ***hulpverlening is eerstelijnshulpverlening met uitsluiting van gespecialiseerde therapieën en behandelingen, die tot de taken behoren van tweede- en derdelijnsvoorzieningen***.

Voorts worden in de erkenningsvoorwaarden (afdeling 2) diverse onderafdelingen voorzien. Daaronder zijn er acht onderafdelingen voor ambulante centra en vier voor residentiële centra.

2.1.3.2 FINANCIERING / SUBSIDIËRING

De subsidiëring van de onthaalcentra voorziet in personeelssubsidies en in werkingssubsidies. De personeelssubsidies dienen om de uitgaven te dekken voor brutosalarissen, eindejaarstoelagen, haard- en standplaatsvergoedingen, vakantiegelden, alle werkgeversbijdragen in het kader van de sociale zekerheid, extra salarissupplementen voor prestaties verstrekt op zaterdag, zon- en feestdagen, evenals voor avond- en nachtwerk, de verzekeringspremies inzake arbeidsongevallen, de verzekeringspremies voor burgerlijke aansprakelijkheid, de kosten voor arbeidsgeneeskunde, de kosten voor werkkledij, de tegemoetkoming van de werkgever in de verplaatsingskosten naar en van het werk en de kosten voor de verplichte bijscholing van het personeel.

De werkingssubsidies dienen om de uitgaven te dekken voor de betaling van onder meer huisvesting, gebruiks- en investeringsgoederen, verplaatsingskosten, onkosten die direct verband houden met de te vervullen opdracht.

Per kalenderjaar wordt aldus een globaal budget subsidieerbaar gesteld. Indien ruime reserves worden opgebouwd uit de personeelssubsidies, dienen deze te worden teruggestort aan de administratie. Dit geldt evenzeer voor de werkingssubsidies.

2.2 Overgangsvoorzieningen

2.2.1 Beschut Wonen

Het Beschut Wonen is een werkvorm ontstaan naar aanleiding van het beddenmoratorium in de psychiatrische sector anno 1990 en de daaraan gekoppelde reconversie van tal van psychiatrische bedden naar psychiatrische verzorgingsbedden (PVT) en/of naar plaatsen voor Beschut Wonen. Erkende bedden voor Beschut Wonen maken deel uit van erkende Samenwerkingsverbanden voor Beschut Wonen en worden afzonderlijk gefinancierd.

2.2.2 Tussenhuizen

Enkele voorzieningen, ondergebracht in de revalidatiesector inzake drughulpverlening, hebben een werkvorm ontwikkeld, gekend onder de naam **'tussenhuis'**. Tussenhuizen zijn doorgaans verbonden aan een langdurig behandelingsprogramma. Tussenhuizen verbonden aan revaliatiecentra zijn evenwel niet als zodanig gesubsidieerd.

De meeste therapeutische gemeenschappen vullen deze tussenhuisfase dan ook in als een 'nazorgfase' van de behandeling. Concreet betekent dit dat in sommige centra de eerste periode dat de bewoners in het tussenhuis verblijven (+/- 2 maanden) nog valt onder het behandelingsprogramma dat deel uitmaakt van de RIZIV-conventie. Daarna stopt de tussenkomst van het RIZIV, hoewel het verblijf en de behandeling in het tussenhuis verder loopt zonder personeelssubsidie.

Enkel aan de TG's De Spiegel en De Sleutel is een echte erkende 'Beschutte Woonvorm' verbonden waarin ruimte is voor respectievelijk vier en zes mensen. Deze beschutte woonvorm is respectievelijk erkend door het ministerie van Volksgezondheid van het Brusselse Gewest en het Vlaams Ministerie van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin. Ook de TG De Kiem heeft voor haar tussenhuis een onderkomen gevonden in de vorm van 'beschut wonen'. De overgang is gepland voor begin 1996 en dit voor 8 bewoners.

2.2.3 Begeleid Wonen

In het decreet inzake het algemeen welzijnswerk zijn er eveneens twee werksoorten of categorieën opgenomen die zich in wezen situeren tussen de residentiële en de ambulante sector in. Er is enerzijds 'het begeleid wonen voor jongvolwassenen', gericht op de intensieve tijdelijke thuisbegeleiding van jongvolwassenen die nood hebben aan begeleiding om zelfstandig te leren leven en wonen. Anderzijds is er het begeleid wonen voor thuislozen dat gericht is op de intensieve thuisbegeleiding van personen die nood hebben aan begeleiding om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

2.3 Ambulante voorzieningen

2.3.1 Geestelijke Gezondheidszorgsector / Centra Geestelijke Gezondheidszorg

2.3.1.1 BEVOEGDE OVERHEID

Vóór het Besluit van 12 oktober 1988 van de Vlaamse Executieve inzake de erkenning en betoelaging van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, was er het Koninklijk Besluit van 20 maart 1975 van de op dat ogenblik nog nationale minister van Volksgezondheid en Gezin. Dit besluit van 1975 regelde de erkenning en subsidiëring van diensten voor geestelijke gezondheidszorg. De toenmalige diensten ontwikkelden zich op hun beurt vanuit de eerder sociaal psychiatrisch georiënteerde dyspensaria. Waar in het KB van '53 op deze dyspensaria expliciet sprake is van de doelgroepen 'epileptici, drankzuchtigen en toxicomanen' evenals van ex-geïnterneerden op proef en van ex-gedetineerden, worden precies deze doelgroepen niet meer afzonderlijk vermeld in het KB van 1975. De grote verandering was gelegen in de installatie van multidisciplinaire equipes binnen de diensten geestelijke gezondheidszorg. De doelgroepen vermeld in het KB van 75 zijn "kinderen en adolescenten met neurotische, psychotische, verstands- of karakterstoornissen of met afwijkingen in de psychomotorische ontwikkeling" en "volwassenen met neurotische, psychotische, verstands- en karakterstoornissen".

Het Besluit van de Executieve van 1988 nam in grote lijnen de bepalingen van het KB van 1975 over[4], alleen is nu de Vlaamse Minister van Financiën en Begroting, Gezin, Welzijn en Gezondheidsinstellingen belast met de uitvoering ervan. Vóór de uitwerking van het nieuwe besluit wordt volgende zin opgenomen: "*Overwegende dat door het ontstaan van een aantal nieuwe dienstverleningsvormen in de welzijns- en gezondheidssector, de opdracht(en) van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg dringend precieser dienen te worden bepaald.*"

In de algemene bepalingen wordt de eigenheid van een centrum geestelijke gezondheidszorg dan ook iets nader bepaald: "*een extramurale voorziening die op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg door een multidisciplinaire aanpak, op de eerste plaats in samenwerking met andere hulpverleners, aan de patiënt een globale curatieve zorg verstrekt in de context van zijn gewoon leef-, werk- en gezinsmilieu ...*" (EB 1/12/1988, Art.1) . In de taakomschrijving en werking van het EB van 1988 wordt volgende bepaling teruggevonden: "naast het gericht zijn op patiënten zonder onderscheid van leeftijd, geslacht of probleemcategorie, kan een centrum *mits in achtname van de algemene opdracht* evenwel, zich bijzonder toeleggen op bepaalde domeinen of dienen zij terzake samenwerkingsafspraken te maken met andere centra, teneinde een hoog-kwalitatieve hulpverlening te kunnen garanderen (EB 1/12/1988, art.6). In het KB van 1975 was enkel toestemming verleend om '"*met toestemming van de minister specifieke activiteiten te ontwikkelen ten bate van personen van welke leeftijd ook, zonodig ook door bijzondere multidisciplinaire equipes op te richten, én de nodige voorzieningen te treffen om, zonder opneming, gevolg te kunnen geven aan dringende aanvragen in verbinding met andere betrokken diensten en centra*". (KB 1975, art.5). In het EB van 1988 wordt ook nog expliciet melding gemaakt van het feit dat het, indien het zich in het bijzonder toelegt op bepaalde domeinen, kan gaan om ***specifieke***

---

[4] Fed. Diensten Geestelijke Gezondheidszorg vzw, Vergelijkend overzicht Koninklijk Besluit van 20 maart 1975 betreffende de erkenning en de subsidiëring van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg, Executieve Besluit van 1 december 1988 inzake de erkenning en betoelaging van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, Gent, FDGG, s.d.

leeftijdsgroepen of om bijzondere doelgroepen zoals verslaafden, kansarmen of migranten (EB 1/12/1988, art.6).

Behalve het Executieve Besluit van 1988 onderging de sector van de centra geestelijke gezondheidszorg invloeden ten gevolge van het beddenmoratorium in de psychiatrische ziekenhuissector en de -al dan niet verplichte- reconversie naar PVT- en Beschut Wonen-bedden in de psychiatrische ziekenhuissector. Pogingen tot integratie van de intramurale en de extramurale geestelijke gezondheidszorgsector werden ondernomen via de formele installatie van samenwerkingsverbanden tussen intramurale en extramurale psychiatrische zorg in 1990. Art. 4 van het KB 10/7/1990 stelt enerzijds dat van een "*samenwerkingsverband voor de oprichting en het beheer van initiatieven van beschut wonen" tenminste een algemeen ziekenhuis -dat over een dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling beschikt- of een psychiatrisch ziekenhuis én een dienst of centrum geestelijke gezondheidszorg deel moet uitmaken*; anderzijds (KB 10/7/1990, art.7) van een samenwerkingsverband als overlegplatform *hiernavolgende psychiatrische instellingen en diensten kunnen deel uitmaken: psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, diensten geestelijke gezondheidszorg en inrichtende machten van initiatieven van beschut wonen.*" Bij EB van 19/12/1990 worden deze erkenningen van samenwerkingsverbanden verleend door de Vlaamse Executieve, na advies van door haar aan te wijzen adviesorganen, met name: de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en Andere vormen van medische verzorging en begeleiding (VAZA) én het Vlaams Comité van Advies van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (VACA).

2.3.1.2 FINANCIERING

Binnen de bestuurlijke arrondissementen kan per 50000 inwoners een centrum voor geestelijke gezondheidzorg worden erkend. In 1975 waren er nog maar 29 erkende centra, in 1988 waren er al 70 erkende centra en vandaag worden er 85 erkende centra voor geestelijke gezondheidszorg geteld.
De erkenning van een CGG geeft recht op subsidiëring. Binnen de gestelde barema's en wettelijke regelingen is de volledige weddekost van het personeel, zoals het bij de erkenning is vastgelegd, subsidieerbaar. Minimaal omvat dit een voltijdse psychologische, maatschappelijke en administratieve functie, evenals een psychiatrische functie van 16 uur pe week, waarbij gebeurlijk een verrekening dient te gebeuren voor geïnde honoraria.
Op basis van het aantal erkende personeelsuren worden de algemene werkingskosten gesubsidieerd tot een geïndexeerd forfaitair geplafonneerd bedrag.

2.3.2 Revalidatiesector / Ambulante centra

2.3.2.1 BEVOEGDE OVERHEID

Momenteel is er slechts één ambulant centrum erkend en gesubsideerd door het RIZIV. Het gaat om het Dagcentrum De Sleutel in Antwerpen. Het is het eerste niet-residentiële revalidatiecentrum in Vlaanderen dat de behandeling van illegale druggebruikers als voornaamste activiteit heeft en dat als zodanig erkend werd door de overheid.

Het toezicht over de ambulante centra voor drugverslaafden situeert zich eveneens integraal bij haar financierende overheid. De bevoegdheid berust in werkelijkheid bij het College van geneesheren directeurs en het Verzekeringscomité binnen het RIZIV.

De andere ambulante centra van De Sleutel in Brugge, Brussel, Gent en Mechelen hebben een aanvraag tot conventie lopende, maar werken momenteel zonder conventie.

Ook De Spiegel in Brussel en Kompas in Kortrijk hebben plannen om met een ambulante werking te beginnen. De Spiegel heeft aldus een conventie-aanvraag lopende voor uitbreiding met een crisiscentrum en een ambulant centrum. Kompas heeft eveneens een conventie-aanvraag ingediend voor haar dagwerking.

2.3.2.2 FINANCIERING

Naar analogie met crisisinterventiecentra en therapeutische gemeenschappen wordt ook voor het dagcentrum de financiering geregeld via een particuliere conventie met het RIZIV. Die conventie houdt in dat het centrum een jaarcapaciteit moet halen van 11189 individuele zittingen van 1 uur. De subsidie wordt telkens berekend op basis van het aantal individuele zittingen van 1 uur of per groepszitting van 4 uur.

Deze erkenning en financiering door het RIZIV is evenwel nog slechts van toepassing voor één dagcentrum van de Sleutel, met name dat van Antwerpen. De financiering van de dagcentra te Brugge, Brussel, Gent, Mechelen gebeurt voorlopig nog via andere kanalen wat personeel betreft, voor de werkingskosten zijn er geen subsidies.

Het dagcentrum van De Sleutel te Gent werkt met 4 Gesco's, een halve eenheid VFIK-medewerker en twee interculturele bemiddelaars voor de Marokkaanse en Turkse gemeenschap. Daarnaast krijgt het dagcentrum een toelage van De Sleutel en enkele giften.
Voor het dagcentrum te Mechelen staat de stad in voor de middelen voor een basisteam en een deel van de werkingskosten. De Sleutel verzorgt de know-how, de uitwerking en de leiding van het project.
Het dagecentrum in Brugge werkt ten volle met vrijwillige medewerkers. Er werden financiële middelen verkregen van de steden Torhout en Oostende. Daarnaast kan men rekenen op tijdedelijke personeelseenheden van de steden Brugge, Blankenberge en Knokke-Heist.

2.3.3 Welzijnssector

2.3.3.1 BEVOEGDE OVERHEID

Het is eveneens de Vlaamse minister van begroting en financiën, gezondheidsinstellingen en gezin en welzijn die bevoegd is over het geheel van de welzijnssector, zij het nu ambulant dan wel residentieel.

Het decreet betreffende het Algemeen Welzijnswerk van 24 juli 1991 en de uitvoeringsbesluiten van 21 september 1994, waarvan hoger al sprake naar aanleiding van de bespreking voor de residentiële sector, behandelt in feite het geheel van de welzijnssector, dus ook de ambulante voorzieningen voor welzijnswerk. Onder deze ambulante welzijnssector ressorteren met name:
- het algemeen ambulant welzijnswerk of de vroegere CMW in het bijzonder gericht op maatschappelijke problemen inzake bestaanszekerheid;
- het ambulant welzijnswerk in het kader van de ziekenfondsen of de vroegere CMW in het bijzonder gericht op maatschappelijke problemen die verband houden met gezondheidsproblemen;
- gezins- en relationeel ambulant welzijnswerk -CLG, CGSO en Free Clinic- in het bijzonder gericht op gezins-, relationele en sexuele problemen;
- het telefonisch ambulant welzijnswerk, cfr. de teleonthaalcentra, in het bijzonder gericht op algemene en dringende maatschappelijke problemen via een permanente telefonische bereikbaarheid;

- het ambulant welzijnswerk voor minderjarigen en jongvolwassenen, in het bijzonder gericht op de maatschappelijke problemen van minderjarigen en jongvolwassenen (de Jongeren Informatie en Adviescentra /JIC, JAC en JIAC)
- het justitieel ambulant welzijnswerk, dat in het bijzonder is gericht op de maatschappelijke problemen van personen die van hun vrijheid zijn beroofd, beroofd werden of dreigen te worden beroofd, alsook de problemen van hun gezin (het vroegere Forensisch welzijnswerk);

Tenslotte bepaalt de wetgever in artikel 21 dat eenzelfde centrum niet terzelfder tijd erkend kan worden als centrum voor ambulant welzijnswerk, erkend voor één of meerdere categorieën van de eerste groep van zes, én als centrum voor residentieel welzijnswerk.

2.3.3.2 FINANCIERING

Inzake de financiering gelden ook voor de ambulante welzijnsvoorzieningen programmatienormen. Daarnaast bepaalt de Executieve nog de verplichte samenwerking. De subsidiëring van de centra heeft betrekking op de personeelskosten, de samenwerkingskosten en de kosten voor aansluiting bij een federatie. ***Het subsidieerbaar stellen van het personeelskader kan de Executieve aanpassen in functie van het bereiken van bevolkingsgroepen die een verhoogd risico dragen op verminderde welzijnskansen.***

De Administratie van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling Gezin en Welzijn, is belast met het toezicht op de boekhouding en de aanwending van de subsidies door de centra.

2.4 Andere voorzieningen

2.4.1 Straathoekwerk

2.4.1.1 BEVOEGDE OVERHEID

Het straathoekwerk is een niet apart erkende werkvorm in eender welk ander decreet dat de erkenning van voorzieningen in de hulpverleningssector regelt.

Uit de registratie van het straathoekwerk werden volgende gegevens gevonden. De aantallen hebben enkel betrekking op de organisaties die meewerkten aan de registratie. De juridische werkgevers van de straathoekwerkers zijn de volgende: steden, OCMW's, jeugdhuizen, ambulante centra voor alcohol- en drughulpverlening, vormingscentra, gemeentelijke vzw's, koepelorganisaties, een straathoekwerkorganisatie, een JAC. In het totaal gaat het om 22 organsaties, die samen 52,75 straathoekwerkers tewerkstellen. Elk van deze organisaties hebben op hun beurt telkens een andere bevoegde overheid.

2.4.1.2 FINANCIERING

De financiering van dat straathoekwerk is bijgevolg al even ondoorzichtig. 20 straathoekwerkers worden gefinancierd via de veiligheidscontracten, 4,5 straathoekwerkers werken met een GESCO-statuut, 2 met een DAC-statuut, er zijn 25 VFIK'ers, twee via een onderzoeksproject (Min. Van Volksgezondheid en Brussels Gewest), één iemand werkt met

een facultatieve toelage van het Ministerie voor Gezin en Welzijn, één iemand wordt gefinancierd via het Jeugdwerk en één iemand werkt vrijwillig.

Het hoeft wellicht geen betoog dat deze situatie aanleiding geeft tot een grote verscheidenheid in financiële honorering.

2.4.2 Zelfhulp

2.4.2.1 BEVOEGDE OVERHEID

Door het feit dat "volledige autonomie" en "afwijzing van financiële bijdragen van buitenaf" tot de basisprincipes van AA behoren, is er nergens een wettelijke regeling voor deze zelfhulpgroepen en wordt dat evenmin gewenst of nagestreefd. De werking, de organisatie en het voortbestaan van deze groepen is bijgevolg niet afhankelijk van een wet of dekreet. Omgekeerd kan de overheid ook geen verplichtingen opleggen aan de zelfhulpgroepen.

Wel werd vanaf 1980 een aanvang gemaakt met het ontwerpen van een beleid inzake de zelfhulp algemeen. Dit beleid inzake de zelfhulp behoort tot de bevoegdheid van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, meer bepaald de minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin.

In 1980 werd gestart met een experimenteel trefpunt voor zelfhulpgroepen. Dit "Trefpunt Zelfhulp" kreeg als taak informatie te verzamelen over de groepen, voorlichting te geven aan het brede publiek, te bemiddelen tussen geïnteresseerde wetenschappelijke onderzoekers, professionele hulpverleners en zelfhulpgroepen. Het overkoepelt alle zelfhulpgroepen en zelfhulporganisaties, ook deze die er niet alle kenmerken tegelijkertijd van vertonen. In 1985 werd door de toenmalige minister van gezin en welzijnszorg beslist het centrum uit te bouwen ter ondersteuning van de Vlaamse zelfhulpgroepen. Dit centrum is dan ook het enige dat door de overheid wordt gesteund en dat zelf als steunmogelijkheid dient van en voor zelfhulpgroepen en -organisaties.

2.4.2.2 FINANCIERING

Zelfhulpgroepen worden in principe niet financieel ondersteund.

2.5 Samenwerkingsvoorzieningen

2.5.1 Samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten

2.5.1.1 BEVOEGDE OVERHEID

Het Koninklijk Besluit van 10 juli 1990 van de Minister van Sociale zaken bepaalt de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten. Hierin worden twee samenwerkingsverbanden opgenomen:

- het samenwerkingsverband voor de oprichting en het beheer van initiatieven van beschut wonen;
- het samenwerkingsplatform als overlegplatform

Het eerste samenwerkingsverband heeft tot doel de oprichting en het beheer van initiatieven van beschut wonen. Van zo'n samenwerkingsverband moeten tenminste deel uitmaken: een algemeen ziekenhuis dat over een dienst neuropsychiatrie beschikt (m.a.w. een PAAZ-dienst) of een psychiatrische ziekenhuis én een centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Het tweede samenwerkingsverband heeft tot doel onderzoek te verrichten en overleg te plegen over de behoefte aan psychiatrische voorzieningen in het gebied waar de instellingen en diensten die bij het samenwerkingsverband zijn aangesloten, gevestigd zijn. Daarnaast horen zij ook overleg te plegen over taakverdeling en complementariteit op het vlak van aanbod van diensten, activiteiten en diensten, alsmede overleg te plegen over mogelijke samenwerking en taakverdeling inzake crisisinterventie en dagactiviteiten voor psychiatrische patiënten, met uitzondering van de oprichting en het beheer van beschut wonen. Zo'n samenwerkingsverband als overlegplatform moet een gebied bestrijken van tenminste 200000 inwoners en maximum 1000000 inwoners en de aangesloten psychiatrische instellingen en diensten mogen niet meer dan 40 km van elkaar verwijderd zijn. Het gaat dan met name om algemene ziekenhuizen die over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling beschikken, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en inrichtende machten van initiatieven van beschut wonen. Tenminste één van elk der hogervermelde categorieën moet deel uitmaken van zo'n overlegplatform om erkend te worden en te blijven. Daartegenover mag een instelling of dienst die al deel uitmaakt van een overlegplatform niet nog bij een ander samenwerkingsverband zijn aangesloten.

2.5.1.2 FINANCIERING

Via datzelfde besluit van de minister van sociale zaken van 10 juli 1990 worden sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen toepasselijk verklaard op initiatieven van beschut wonen en op samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten. Concreet heeft dit betrekking op de voorwaarden en regels die gelden voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, het budget van financiële middelen en het quotum van verpleegdagen voor ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten. Het is de Vlaamse Executieve evenwel die op 19 december 1990 het besluit houdende de procedure inzake erkenning en sluiting van psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen en inzake de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten uitvaardigde.

2.5.2 Samenwerkingsregio's in de welzijnssector

2.5.2.1 BEVOEGDE OVERHEID

In het decreet betreffende het algemeen welzijnswerk[5] wordt eveneens verwezen naar het feit dat de Executieve de nadere regels zal vaststellen met betrekking tot de verplichte samenwerking en het overleg tussen de centra voor algemeen welzijnswerk. Deze samenwerking heeft tot doel de taakverdeling, de bereikbaarheid en de efficiëntie inzake hulpverlening te optimaliseren. Daarbij kan de Executieve binnen de perken van de begrotingskredieten en onder de door haar bepaalde voorwaarden, regionale initiatieven inzake overleg en samenwerking tussen centra voor algemeen welzijnswerk en andere openbare en private welzijns- of maatschappelijke voorzieningen subsidiëren.

Het uitvoeringsbesluit[6] van het decreet bepaalt dan verder de voorwaarden om als overleg- of samenwerkingsinitiatief voor subsidiëring in aanmerking te komen. Ze dienen opgericht te zijn als een vereniging, bestuurd te worden door een college, sensibiliserende acties op te zetten met een preventief of probleemsignalerend karakter met betrekking tot als welzijnsbedreigend ervaren maatschappelijke factoren, en daarvoor samenwerking en overleg te organiseren. Ze dienen eveneens de maatschappelijke en structurele oorzaken van onwelzijn in de regio te inventariseren, te globaliseren en bruikbaar te maken voor de bevoegde beleidsinstanties, ze kenbaar te maken op de meest gepaste wijze en omgekeerd de implementatie van beleidsmaatregelen te volgen en kenbaar te maken aan de centra. De samenwerkingsinitiatieven dienen eveneens in te spelen op lokale nieuwe behoeften door in samenwerking met andere welzijnsvoorzieningen de nodige initiatieven te ontwikkelen en via vorming en preventieve acties, in samenwerking met andere centra en welzijnsvoorzieningen te voorkomen dat personen in een sociale noodsituatie terechtkomen.

De nodige medewerking om tot een globale taakverdeling te komen binnen de samenwerkingsregio dient te worden aangetoond. Men dient te komen tot een optimale bereikbaarheid van de centra en de centra dienen werkafspraken te maken teneinde een grotere efficiëntie te bereiken. Ook moeten er afspraken worden gemaakt omtrent de voortgangsbewaking van en de verantwoordelijkheid voor het totale hulpverleningsproces van personen die door verschillende initiatieven geholpen worden.

2.5.2.2 FINANCIERING

Bovenstaande decretale bepalingen houden in dat ruimte werd gecreëerd voor regionale overleg- en samenwerkingsinitiatieven. In elk van de gebieden, gevormd door de bestuurlijke arrondissementen komt er maximaal één erkend regionaal overleg en samenwerkingsinitiatief voor subsidiëring in aanmerking per volledige schijf van 150000 inwoners. Deze regionale overleg- en samenwerkingsinitiatieven ontvangen jaarlijks één frank per inwoner van de samenwerkingsregio, voor kosten die verbonden zijn aan de uitvoering van de opdrachten van overleg en samenwerking.

---

[5] Decreet betreffende het algemeen welzijnswerk van 24 juli 1991, BS 18/9/1991.

[6] Algemeen Welzijnswerk. Besluit van de Vlaamse regering tot uitvoering van het decreet van 24 juli 1991 betreffende het algemeen welzijnswerk, Mededelingen aan de leden van de Vlaamse regering, de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin, 1994.

2.6 Bespreking van de wettelijke omkadering in drughulpverlening

Uit voorgaande mag blijken dat er geen globale wettelijke omkadering is van de voorzieningen in de drughulpverlening. Vooreerst stellen we vast dat de bevoegdheid over drughulpverlening verspreid is. Om een uitspraak te kunnen doen en/of een wijziging voor te stellen ten aanzien van het geheel van de drughulpverlening moet men zich al wenden tot tenminste vijf verschillende ministers. Op federaal niveau zijn de minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, de minister van Sociale Zaken, de minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken elk voor een deel bevoegd over die sector. Naast deze federale ministers bestrijkt de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Gezin en Welzijn het vooral ambulante gebied binnen de drughulpverlening. Met name is zij bevoegd over de ambulante voorzieningen geestelijke gezondheidszorg én over de residentiële en ambulante voorzieningen voor welzijnswerk.
Dit schept heel wat problemen op diverse vlakken:

Programmatie en erkenningscriteria
Op het vlak van residentiële opvang van verslavingsproblematiek is er een totale afwezigheid van programmatie. Het aantal psychiatrische bedden (A,T,Tg,PVT en Beschut Wonen) is wel geprogrammeerd, maar het aantal plaatsen voor residentiële opvang van drugverslaafden evenwel niet.

Aldus kennen we vandaag binnen de residentiële sector twee fundamenteel verschillende wetgevende benaderingen voor bijvoorbeeld aparte verpleegeenheden verslavingsproblematiek in psychiatrische ziekenhuizen en de residentiële revalidatiecentra inzake drughulpverlening. Want, ook al is de bestaansreden van beide soorten residentiële behandeling van verslavingsproblematiek inhoudelijk wel te verantwoorden, deze compleet andere wetgevende aanpak geeft aanleiding tot tal van ongenoegens die een positieve coördinatie en samenwerking tussen beide in de weg staan.

De erkenningscriteria voor een psychiatrisch bed zijn in de psychiatrische sector gelijk, ongeacht het feit of er een verslaafde dan wel een psychotische of depressieve patiënt in ligt. In de revalidatiecentra voor drughulpverlening is dat niet het geval. Deze erkenningcriteria staan volledig in functie van het specifiek voor elk centrum uitgewerkt behandelingsprogramma. Dit verschil in erkenningscriteria heeft dan weer rechtstreekse implicaties op het vlak van personeelsomkadering, zowel naar aantal als naar soort personeel.

Voorzieningen voor beschut wonen volgen op wetgevend vlak in grote lijnen de criteria van de psychiatrische ziekenhuizen.

Gemeenschappelijk met de psychiatrische ziekenhuisbedden en de plaatsen voor beschut wonen, zijn de programmatiecriteria voor wat betreft het aantal bedden voor onthaal in de thuislozensector. Hun erkenning heeft betrekking op activiteiten die vooral het sociaal functioneren van de bewoners betreffen. Ook hier heeft dit implicaties op het aantal en de soort hulpverleners die voor financiering in aanmerking komen.

Financiering
De verschillen in financiering vormen nog zo'n ander knelpunt. Zowel de psychiatrische ziekenhuizen als de revalidatiecentra inzake drughulpverlening worden voor een belangrijk aandeel gefinancierd via een ligdagprijs. Dit geldt overigens ook voor de plaatsen in onthaalcentra. Op het eerste zicht lijkt deze ligdagprijs interessanter voor de revalidatiesector inzake drughulpverlening. Dit beeld verandert evenwel snel wanneer iets nader wordt gekeken naar wat de samenstellende bestanddelen zijn van die prijs voor de psychiatrische ziekenhuizen versus de revalidatiecentra voor drughulpverlening.

Inhoudelijke raakvlakken
Uit de studie blijkt tenslotte dat er vooral inhoudelijk nogal wat raakgebieden zijn tussen de verschillende sectoren, ongeacht de ministers waarvan ze afhankelijk zijn. Binnen de residentiële sector heeft de drughulpverlening nogal wat inhoudelijke raakvlakken met de

thuislozenzorg. Nochtans zijn zij op hun beurt ook weer afhankelijk van een andere minister en behoren zij in tegenstelling tot voornoemde sectoren tot de bevoegdheid van de gemeenschapsminister. Onthaalcentra hebben niet de bedoeling een gespecialiseerde behandeling te geven. De inhoudelijke raakvlakken tussen de psychiatrische sector en de revalidatiesector enerzijds en de residentiële welzijnssector anderzijds situeren zich juist op dit sociale reïntegratie- en/of sociale revalidatie-aspect. Bij de twee eerstgenoemde sectoren zijn daar afzonderlijke residentiële overgangsvoorzieningen voor opgericht: de voorzieningen voor Beschut Wonen en de Tussenhuizen.

Coördinatie en afstemming
Om tot een betere coördinatie en afstemming op elkaar te komen van al deze residentiële voorzieningen, zowel naar werking als naar wetgevende omkadering moeten bijgevolg tenminste drie bevoegde ministers samen tot een akkoord kunnen komen: de federale minister van volksgezondheid en leefmilieu, de federale minister van sociale zaken en de Vlaamse minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen en gezin en welzijn.

Voor wat de ambulante sector betreft lijkt de coördinatie en afstemming ten opzichte van elkaar wel iets gemakkelijker. Het gaat nog slechts om twee bevoegde ministers, evenwel om meerdere departementen. Het feit dat eenzelfde minister bevoegd is over zowel de centra geestelijke gezondheidszorg als de diverse soorten ambulante centra voor welzijnswerk, leidde alvast tot een iets grotere eenvormigheid tussen deze erkende werksoorten.

Tenslotte voorzag de wetgever nog in voorzieningen die de samenwerking moeten regelen tussen de ambulante en de residentiële sector. Dit gebeurde zowel voor de psychiatrische en de geestelijke gezondheidszorgsector, als voor het geheel van de welzijnssector.

Het zou al een eerste stap in de goede richting kunnen zijn als tenminste in dié samenwerkingsvoorzieningen ook dié werksoorten konden worden opgenomen die niet noodzakelijk behoren tot de bevoegdheid van eenzelfde overheid. Concreet zou de sector van ambulante en residentiële revalidatiecentra inzake drughulpverlening best ook deel uitmaken van de voorziene samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten. Dit zou meteen de basis kunnen vormen voor meer overleg over taakverdeling en complementariteit op het vlak van activiteiten en diensten op elk moment van de totaalbehandeling van een drugverslaafde.[7] Wat de residentiële nazorg van ex-drugverslaafden betreft, is integratie van de revalidatiesector inzake drughulpverlening binnen de samenwerkingsregio's in de welzijnssector zeker ook aangewezen.

[7] Terzake is internationaal en ook kleinschalig binnen België onderzoek lopende inzake de evaluatie van de behandelingsvorm 'drugvrije therapeutische gemeenschap' in functie van herval en in functie van een betere indicatiestelling omtrent welke behandeling het meest is aangewezen ten aanzien van welk patiëntenprofiel.

3. Kwantitatieve gegevens per provincie

3.1 Algemeen overzicht en aangewende methode

Eind 1994 werd een beperkte vragenlijst naar de verschillende **psychiatrische ziekenhuizen** verstuurd in verband met hun positie binnen de drughulpverlening in het algemeen en de illegale drughulpverlening in het bijzonder. Van de in het totaal 40 psychiatrische ziekenhuizen werden 26 antwoorden verkregen. In de verwerking van de gegevens werden nog twee bijkomende psychiatrische ziekenhuizen mee opgenomen, omdat de antwoorden op de eerder verzonden inventarisatie bijna volledig in het vragenschema te integreren waren. Met andere woorden, de resultaten hebben betrekking op 70% van het totaal aantal psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen. Verspreid over de verschillende provincies wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 1: Aantal psychiatrische ziekenhuizen per provincie

	TOTAAL AANTAL	RESPONS AANTAL	% RESPONS
ANTWERPEN	6	5	83
BRABANT (VLAAMS)	10	7	70
LIMBURG	4	3	75
OOST-VLAANDEREN	13	8 (+2)	61,5 (77)
WEST-VLAANDEREN	7	3	43
TOTAAL	**40**	**26 (28)**	**65 (70)**

Volgende tabel geeft eveneens een overzicht van de spreiding van het aantal plaatsen in residentiële **revalidatiecentra** inzake drughulpverlening over de verschillende provincies.

Tabel 2: Aantal plaatsen in revalidatiecentra inzake drughulpverlening per provincie

	aantal plaatsen res. crisisopvang en kortdurend behandelingsprogramma	**aantal plaatsen langdurend behandelingsprogramma in een therapeutische gemeenschap**	**dagcentra***
ANTWERPEN	15 (ADIC)		1
BRABANT (VLAAMS)		13 (De Spiegel)	1
LIMBURG		13 (Katarsis)	
OOST-VLAANDEREN	12 (CIC-De Sleutel)	30 (De Kiem + De Sleutel) 15 (Ovaal)	1
WEST-VLAANDEREN	12 (Kompas)		1
TOTAAL			

* Al deze dagcentra behoren tot De Sleutel. Enkel het dagcentrum in Antwerpen is erkend via een RIZIV-conventie

De totale opnamecapaciteit van **onthaalcentra** in Vlaanderen bedraagt 1862 erkende plaatsen, verspreid over 75 erkende centra. Daarnaast zijn er nog een 400 tal niet erkende plaatsen. De verdeling van de erkende centra/plaatsen naargelang de aard van het cliënteel dat ze opvangen is als volgt:

1099 plaatsen voor mannen
285 plaatsen voor vrouwen
223 plaatsen voor vrouwen met kinderen

557 gemengde plaatsen

Anno 1993 werden er 27323 opnamevragen geregistreerd.

De verdeling van de centra en de plaatsen naar aard van het cliënteel over de verschillende provincies is de volgende. Voor de berekening van het aantal plaatsen werden enkel de erkende centra van minstens tien plaatsen en de zelfstandige, maar niet erkende centra ongeacht hun capaciteit weerhouden.

Tabel 3: Aantal onthaalcentra met aantal plaatsen per provincie

PROVINCIE	aantal centra	plaatsen mannen	plaatsen vrou+kind	gemengde plaatsen	tot. aant. plaatsen
ANTWERPEN	33	320	117	169	606
BRABANT	14	140	79	154	373
LIMBURG	14	177	60	65	302
OOSTVLAAND	19	199	88	87	374
WESTVLAAND	25	263	180	82	525

* De opvangcapaciteit in de provincie Brabant ligt lager dan normaal wegens verbouwingswerken in één centrum waar normaal 112 plaatsen zijn ipv 65. Bij volledige capaciteit zijn er 187 mannenplaatsen, en 420 plaatsen in het totaal.

Hieruit kan worden afgeleid dat ongeveer de helft van het aantal plaatsen is voorbehouden voor mannen, de andere helft wordt ongeveer gelijk verdeeld over plaatsen voor vrouwen met kinderen en gemengde plaatsen.

Uit de cliëntgegevens blijkt dat het aanmeldingsprobleem 'verslaving' 1242 keer voorkomt als één van de problemen: 1092 keer bij mannen en 150 keer bij vrouwen. Ten opzichte van het totaal aantal registraties (8050 inschrijvingen) is dat 15,4%. De verhouding ligt wel helemaal anders bij mannen als bij vrouwen:

- 22,8% van de mannen geeft verslaving op als één van de aanmeldingsproblemen (t.o.v. een totaal van 4781 mannen)
- 4,6% van de vrouwen geeft verslaving op als één van de aanmeldingsproblemen (t.o.v. een totaal van 3269 vrouwen)

Bij de registratie van 'verslaving' als aanmeldingsprobleem wordt hieronder zowel alcohol, medicatie als illegale drugverslaving verstaan.

Begin 1995 is een beperkte vragenlijst verstuurd naar alle **centra voor geestelijke gezondheidszorg** in verband met hun positie binnen de drughulpverlening in het algemeen en de illegale drughulpverlening in het bijzonder.

Van de in het totaal 85 centra geestelijke gezondheidszorg werden 70 antwoorden verkregen. De resultaten hebben dus betrekking op 82 % van het totaal aantal centra geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Verspreid over de verschillende provincies wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 4: Aantal centra geestelijke gezondheidszorg per provincie

	TOTAAL AANTAL	RESPONS AANTAL	% RESPONS
ANTWERPEN	21	17	81
BRABANT (VLAAMS)	18	13	72
LIMBURG	12	13	+ 100
OOST-VLAANDEREN	21	18	81
WEST-VLAANDEREN	13	9	69
TOTAAL	**85**	**70**	**82%**

Op basis van de gegevens omtrent het aantal cliënten op jaarbasis kan ook een beeld worden verkregen ontrent de omvang van de populatie waarover we het hebben. Hieronder geven we

een overzicht van het totaal aantal cliënten per provincie dat bij benadering wordt bediend door de centra die meewerkten aan deze bevraging.

Antwerpen	9205
Brabant (Vlaams)	4428
Limburg	7050
Oost Vlaanderen	9388
West Vlaanderen	4349
Totaal	**34420**

Zowat alle centra die de vragenlijst beantwoordden blijken met afhankelijkheidsproblematiek te maken te krijgen, zij het daarom niet allemaal in dezelfde mate. Dit zal worden uitgewerkt in hetgeen volgt. Eén centrum in Vlaams Brabant en één centrum in Oost-Vlaanderen blijken evenwel geen afhankelijkheidsproblemen te krijgen. Uit de nationale registratiegegevens, kan alvast volgende worden afgeleid.

Tabel 5: Verdeling van de 1ste of 2de aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorieën

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent
.	12	0.0
GEEN	2441	5.6
LICH KLACHT-ZIEK	2196	5.1
PSYCHISCHE PROBL	13943	32.2
RELATIEMOEILIJKH	15914	36.8
SPECIFIEKE/ANDER	2401	5.5
PROBL. SOC. INSC	1248	2.9
JURID/MATERIELE	570	1.3
SEXUELE PROBLEME	850	2.0
AFHANKEL. MIDDEL	***3315***	***7.7***
ONBEKEND	384	0.9

Op nationaal niveau houdt 7,7% van de aanmeldingsklachten -ongeacht of het een eerste dan wel een tweede klacht betreft- verband met een afhankelijkheidsprobleem. In absolute cijfers gaat het om 3315 cliënten op een totaal aantal cliënten van 43274. Die afhankelijkheidsproblematiek kan worden uitgesplitst als volgt:

Tabel 6: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1°of 2°) van de cliënten: afhankelijk van middelen

Aard produkt	Frekwentie	Procent	Subprocent
afhankelijk van NNG	276	0.6	8.3
alkohol	1748	4.0	53.0
medikatie	240	0.6	7.2
illegale drugs	902	2.1	27.0
andere afhankelijkh	149	0.4	4.5
Totaal afhankelijkh	3315	7.7	100.0

NNG = niet nader gespecifieerd

Hieruit kan worden vastgesteld, dat van de afhankelijkheidsproblemen binnen de centra geestelijke gezondheidszorg op gemeenschapsbasis (Vlaanderen) toch wel 27% verwijst naar afhankelijkheid van illegale drugs. Het gaat om een absoluut aantal van 902 cliënten.

3.2 Beschrijvende gegevens per provincie

3.2.1 *Provincie Antwerpen*

3.2.1.1 RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

3.2.1.1.1 Aantal voorzieningen en plaatsen in de ziekenhuissector algemeen en de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder

De sector van de algemene ziekenhuizen (spoedopname/PAAZ-diensten) zal niet verder in deze nota worden uitgewerkt. Daartoe is een ruimer onderzoek aangewezen. De gegevens in deze nota zijn beperkt tot een aantal kwantitatieve gegevens inzake de PAAZ-diensten.

1. PAAZ-diensten
In de provincie Antwerpen zijn er 8 PAAZ-diensten. In het totaal beschikken zij over 243 A-bedden, 10 A1-bedden en 5 A2-bedden. De werking van de PAAZ-dienst in het algemeen ziekenhuis Stuyvenberg is wegens zijn omvang te vergelijken met een psychiatrisch ziekenhuis.

2. Psychiatrische ziekenhuizen
In de provincie Antwerpen bevinden zich 6 psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit van 3128 bedden. Dit wil zeggen: AA, A1, A2, KK, K1, K2, TT, T1, T2 én T3 bedden. In verband met de drughulpverlening zullen we het enkel hebben over de eerste negen soorten bedden. De T3 bedden worden niet in de bespreking opgenomen omdat dit geriatrische bedden betreft die (nog) weinig met afhankelijkheidsproblematiek te maken krijgen. Verminderd met deze psychogeriatrische bedden komen we bijgevolg tot een totale psychiatrische beddencapaciteit in psychiatrische ziekenhuizen voor de provincie Antwerpen van 2888.

Tabel 7: Verdeling van de psychiatrische bedden in psychiatrische ziekenhuizen naar type bed in Antwerpen (gegevens van 1/12/1994)

	ZH1	ZH2	ZH3*	ZH4	ZH5	ZH6
AA	60	120	60	90	44	120
A1	20	20		15		30
A2	10	10		15		
TT	102	330	30	290		312
T1	20	10	(TP:800)	45		60
T2	10	10	(TF:120)			
KK						
K1						
K2						
1878 (+1010) = 2888	**222**	**500**	**90 (+1010) = 1100**	**470**	**44**	**522**

* De TP en de TF bedden betreffen een bijzondere soort. Het gaat hier om gezinsverplegingsbedden. TP verwijst naar dergelijke bedden buiten de instelling (partiële hospitalisatie), TF verwijst naar dergelijke bedden binnen de instelling. Deze werkvorm wordt slechts in één psychiatrische ziekenhuis gevolgd.

In al deze psychiatrische ziekenhuizen worden ook patiënten met afhankelijkheidsproblematiek opgenomen. Voor de vraag over welke afhankelijkheidsproblematiek het dan gaat, wordt volgende verdeling verkregen.

Tabel 8: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar aard van de afhankelijkheidproblematiek in Antwerpen

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN
alcohol	5	
medicatie	5	
illegale drugs	4	1
gokken	5	
andere	1	

Het ene psychiatrische ziekenhuis dat eveneens 'andere' aankruiste lichtte dit toe door ook aandacht te vragen voor gecombineerde afhankelijkheid (medicatie en alcohol). Indien de illegale drugs gecombineerd wordt gebruikt met alcohol en medicatie wordt in het ene psychiatrische ziekenhuis dat normaal geen illegale drugverslaafden opneemt wél overgegaan tot opname.

3.2.1.1.2 Aantal voorzieningen en plaatsen in de revalidatiesector inzake drughulpverlening

In de provincie Antwerpen tellen we één erkend residentieel crisisinterventiecentrum voor behandeling van drugverslaafden: A.D.I.C.

A.D.I.C. heeft plaats voor 15 drugverslaafden die hetzij een kortdurend behandelingsprogramma volgen, hetzij enkel voor crisisopname in aanmerking komen. De inrichters zijn vrij om het aantal plaatsen te verdelen over C.I.C en kortdurend behandelingsprogramma. In de praktijk kunnen er maximaal 8 personen in het kortdurend behandelingsprogramma worden opgenomen.

3.2.1.1.3 Aantal voorzieningen en plaatsen in de thuislozenzorg

De provincie Antwerpen telt 33 centra voor thuislozenzorg, waarin er plaats is voor 606 personen. 320 van deze plaatsen zijn voorbehouden voor mannen, 117 plaatsen zijn voor vrouwen met kinderen en 169 plaatsen zijn gemengde plaatsen.

Het gaat om 14 centra voor algemeen residentiële opvang, 8 centra voor opvang van vrouwen met kinderen, twee centra voor crisisopvang, zes centra voor begeleid wonen voor thuislozen en drie centra voor begeleid wonen voor jongvolwassenen.

3.2.1.2 OVERGANGSVOORZIENINGEN

3.2.1.2.1 Aantal plaatsen voor Beschut Wonen

Antwerpen heeft zeven initiatieven voor beschut wonen. In het totaal is er plaats voor 351 bewoners. Daarvan zijn er 246 definitief erkend, 35 voorlopig erkend en 70 geprogrammeerd.

3.2.1.2.2 Aantal plaatsen voor tussenhuis

In de provincie Antwerpen is er geen tussenhuis.

3.2.1.3 AMBULANTE VOORZIENINGEN

3.2.1.3.1 Aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg

In de provincie Antwerpen werd antwoord gekregen van 17 centra voor geestelijke gezondheidszorg. Samen behandelen zij bijna 9000 cliënten op jaarbasis. Al deze centra worden geconfronteerd met afhankelijkheidsproblematiek. De aard van die afhankelijkheidsproblematiek waarmee zij te maken krijgen is als volgt verdeeld.

Tabel 9: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek in Antwerpen

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	16	1	
medicatie	16	1	
illegale drugs	16	1	
gokken	11	6	
andere	1	5	11

Als andere afhankelijkheidsproblematiek wordt 'roken' opgegeven. In verband met de vraag naar confrontatie met illegale drugs wordt nog gesteld dat het desgevallend veeleer gaat om druggebruikers dan om drugverslaafden. Voorts merkt één centrum op dat hun centrum enkel te maken krijgt met cannabisgebruikers en zij voor harddrugs verwijzen naar residentiële centra of naar het dagcentrum van de Sleutel in Antwerpen.

Uit de registratiegegevens 1993 wordt, voor alle leeftijden volgende verdeling van de aanmeldingsklachten (1° of 2°) voor de provincie Antwerpen vastgesteld.

Tabel 10: Verdeling van de 1ste of 2de aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorie in Antwerpen

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent
GEEN	865	8.0
LICH KLACHT-ZIEK	428	4.0
PSYCHISCHE PROBL	3537	32.7
RELATIEMOEILIJKH	3902	36.1
SPECIFIEKE/ANDER	567	5.2
PROBL. SOC. INSC	337	3.1
JURID/MATERIELE	155	1.4
SEXUELE PROBLEME	203	1.9
AFHANKEL. MIDDEL	***763***	***7.1***
ONBEKEND	50	0.5
Totaal	10807	100.0

Het aandeel afhankelijkheidsproblematiek binnen de centra geestelijke gezondheidszorg in Antwerpen is 7,1 %. Deze verhouding is goed te vergelijken met het aandeel voor gans Vlaanderen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Wanneer de afhankelijkheid van middelen wordt uitgesplitst naar aard van de afhankelijkheid zien we dat 24,1% van die afhankelijkheidsproblemen worden ingevuld met een probleem in verband met illegale drugs.

Tabel 11: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1°of 2°) van de cliënten: afhankelijk van middelen in Antwerpen

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent	Subprocent
afhankelijk van NNG	101	0.9	13.2
alkohol	417	3.9	54.7
medikatie	52	0.5	6.8
illegale drugs	184	1.7	24.1
andere afhankelijkh	9	0.0	1.2
Totaal afhankelijkh	763	7.1	100.0

Ook voor de uitsplitsing van de afhankelijkheidsproblematiek naar aard, blijkt een vrij grote overeenstemming met de verhouding voor gans Vlaanderen. In absolute cijfers gaat het om 184 cliënten illegale drugs ten opzichte van 417 cliënten met een alcoholverslaving en 52 cliënten met een medicatieverslaving, voor de centra geestelijke gezondheidszorg in de provincie Antwerpen (registratiegegevens 1993). De gegevens op het niveau van de provincie laten niet toe een toewijzing per centrum geestelijke gezondheidszorg uit te werken. Nochtans zou dit ons toelaten de indeling van de centra naargelang de mate waarin zij zich in meer of mindere mate op drugproblematiek en -verslaving specialiseren beter uit te werken.

De beknopte bevraging ten aanzien van de centra leverde volgende informatie:

Acht tot negen centra voor geestelijke gezondheidszorg beantwoordden de vraag helemaal of gedeeltelijk niet. Van degenen die wel antwoordden varieerden en evolueerden de verhoudingen illegale drugproblematiek ten op zichte van andere afhankelijkheidsproblematiek tussen de verschillende centra als volgt:

anno 1991: van 1 op 20 tot 3 op 2
anno 1992: van 1 op 8 tot 3 op 2
anno 1993: van 1 op 6 tot 3 op 2
anno 1994: van 1 op 20 tot 1 op 1

Eén centrum heeft geen zicht op de opsplitsing illegale en andere afhankelijkheidsproblematiek. Zij geven een totaal aantal op voor afhankelijkheid ten opzichte van het totaal aantal cliënten: in 1991 ging het om 21 cliënten afhankelijkheidsproblematiek op 527 cliënten, in 1992 om 25 cliënten en in 1993 om 5 cliënten.

Hoewel deze laatste cijfers gebaseerd zijn op ruwe schattingen binnen de centra zelf, illustreren ze wel de verscheidenheid tussen de verschillende centra geestelijke gezondheidszorg in verband met de opvang van afhankelijkheidsproblematiek in het algemeen en van illegale drugproblematiek in het bijzonder. Die variatie kan wellicht worden toegeschreven aan het gegeven dat men op het vlak van afhankelijkheidsproblematiek eigenlijk drie soorten centra geestelijke gezondheidszorg kan onderscheiden.

3.2.1.3.2 Aantal ambulante dagcentra voor drugverslaafden

In de provincie Antwerpen zijn er twee ambulante dagcentra voor drugverslaafden. Er is een dagcentrum te Antwerpen en één te Mechelen.

Anno 1993 werden in het dagcentrum van de Sleutel te Antwerpen 562 personen aangemeld. Van deze 562 aanvragen starten er 232 uiteindelijk een behandeling.
In het dagcentrum van de Sleutel te Mechelen kwamen er in 1994 172 aanvragen binnen.

3.2.1.3.3 Ambulante welzijnssector

Binnen het tijdsbestek voor de opmaak van deze nota werd het aantal ambulante voorzieningen in de welzijnssector niet verder uitgewerkt. De voorzieningen die hieronder ressorteren zijn:

- de Jongerenadviescentra
- het Justitieel Welzijnswerk
- de Centra voor Levens- en Gezinsvragen
- de C.G.S.O.'s
- de Tele-onthaalcentra
- de centra voor maatschappelijk werk
- de openbare centra voor maatschappelijk werk

In het Antwerpse is vooral Free-Clinic een gekende voorziening binnen de ambulante welzijnssector die zich toelegt op drughulpverlening. Free-Clinic is erkend als centrum voor Levens- en Gezinsvragen.

3.2.1.4 ANDERE VOORZIENINGEN

3.2.1.4.1 Straathoekwerkers

In de provincie Antwerpen zijn er 24 straathoekwerkers actief, die werkzaam zijn in 11 organisaties. Deze organisaties zijn met name: CLG-Free Clinic (2), Fancoaching & Citycoaching (3), Jeugdcentrum De Bogaard (1), Jeugdhuis Rzoezie (3), Payoke (2), Project chronisch thuislozen (3), Straathoekwerk Hoboken, Kiel, Borgerhout (3), Straathoekwerk CGGZ Mechelen (1), Straathoekwerk De Sleutel (1), Stratelis (4) en Preventiedienst Heist o/d Berg (1).

3.2.1.4.2 Zelfhulpgroepen

Een onderscheid wordt gemaakt tussen zelfhulpgroepen inzake verslaving algemeen, zelfhulpgroepen inzake alcoholverslaving, drugverslaving, dwangmatig eten, gokverslaving, medicatieverslaving, rookverslaving en relatieverslaving. Binnen het bestek van deze nota wordt de telling beperkt tot initiatieven van verslaving algemeen, alcoholverslaving, drugverslaving en medicatieverslaving. In Antwerpen zijn er twee zelfhulpinitiatieven inzake <u>verslaving algemeen</u> actief: de ambulante oudergroepen van het dagcentrum Antwerpen van de Sleutel en de vzw De Lossen Babbel in Mortsel.
In verband met <u>alcoholverslaving</u>, is het algemeen dienstbeheer van AA, Al-Anon familiegroepen en Alateen gevestigd in Antwerpen. In de provincie Antwerpen zijn er in 1994 72 AA-groepen geregistreerd. Er zijn 23 Al-Anon-groepen en 4 Alateen-groepen.
In Hoboken en Mol is er voorts nog een zelfhulpgroep Dynamische Idealisten Boeken Sukses gevestigd, die als doelstelling hebben vrouwen na ontwenning van alcoholverslaving te stimuleren om nuchter verder te leven via ervaringsuitwisseling en emotionele steunverlening.
In verband met <u>drugverslaving</u> worden vijf initiatieven van zelfhulpgroepen geteld: een oudergroep voor ouders van drugverslaafde jongeren bij ALTOX vzw (een centrum geestelijke gezondheidszorg), een oudergroep voor druggebruikende jongeren bij ADIC, Dagcentrum De Sleutel (beide revalidatiecentra) en Free Clinic (een ambulant centrum welzijnswerk), een Nar-Anon familiegroep, ECLIPS: een zelfhulpgroep voor ouders van jongeren met drugproblemen te Turnhout en één zelfhulpgroep voor ouders van met-drugs-experimenterende kinderen te Herentals.
In verband met <u>medicatieverslaving</u> worden vijf contactadressen geteld in de provincie Antwerpen.

3.2.2 Provincie Brabant

3.2.2.1 RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

3.2.2.1.1 Aantal voorzieningen en plaatsen in de ziekenhuissector algemeen en in de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder

1. PAAZ-diensten
In de provincie Vlaams-Brabant zijn er vijf PAAZ-diensten met in het totaal 150 A-bedden.

2. Psychiatrische ziekenhuizen
In Vlaams Brabant worden 10 psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit van 1905 bedden geteld. Verminderd met de geriatrische bedden komen we tot een totaal aantal van 1642 bedden.

Tabel 12: Verdeling van de psychiatrische bedden in psychiatrische ziekenhuizen naar type bed in Vlaams Brabant (gegevens van 1/12/1994)

	ZH1	ZH2	ZH3	ZH4	ZH5	ZH6	ZH7	ZH8	ZH9	ZH10
AA	110		30	31		110			110	60
A1	15		5			15	30		16	
A2	10	44				10	30		9	
TT	175		40	77		195			65	90
T1	25		20	14	10	20		(T3=90)	32	35
T2	30		20		20	45			8	5
KK						20				20
K1						10				
K2										
1642	**365**	**44**	**115**	**153**	**30**	**425**	**60**		**240**	**210**

Zeven van de tien psychiatrische ziekenhuizen (70%) reageerden op de vragenlijst. Op de vraag of er afhankelijkheidsproblematiek wordt opgenomen antwoordden 4 psychiatrische ziekenhuizen ja, 2 psychiatrische ziekenhuizen neen en één psychiatrische ziekenhuis neen, tenzij verplicht op grond van een beschermingsmaatregel.

Van de twee neen antwoorden is één ziekenhuis enkel psychogeriatrisch centrum; een ander heeft enkel nachtbedden voor chronisch psychotische patiënten. Bij de verdere verwerking worden beide instellingen niet meer opgenomen. De verdere informatie zal bijgevolg handelen over vijf psychiatrische ziekenhuizen van de acht.

Van één psychiatrisch ziekenhuis kon geen reconstructie worden gemaakt op basis van het opgegeven aantal bedden[8]. Deze antwoorden worden wel verwerkt in het geheel. Dubbeltelling kon in elk geval worden uitgesloten voor dat ziekenhuis.

[8] De vraag naar het aantal bedden vormde de enige toets voor de onderzoeker (1) of de antwoorden wel degelijk afkomstig waren van een psychiatrische ziekenhuis en niet van een PAAZ-dienst in een algemeen ziekenhuis of een andere instelling. In het adresbestand zaten immers ook enkele PAAZ-diensten; (2) of de antwoorden van een ziekenhuis slechts eenmaal in rekening werden genomen. De vragenlijst werd immers gelijktijdig naar de hoofdgeneesheer en naar de algemeen directeur verzonden. Dit vormde de enige toets op potentiële dubbeltellingen.

Tabel 13: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar aard van de afhankelijkheidproblematiek in Vlaams Brabant

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	4		1
medicatie	4		1
illegale drugs	4		1
gokken	4		1
andere			

3.2.2.1.2 Aantal voorzieningen en plaatsen in de revalidatiesector inzake drughulpverlening

Enkel in Brussel-hoofdstad situeert zich een tweetalig residentieel revalidatiecentrum voor drugverslaafden. Het is een therapeutische gemeenschap met 29 plaatsen in het totaal, waarvan er in de praktijk 13 plaatsen voor nederlandstalige druggebruikers worden voorbestemd. De nederlandstalige vleugel draagt de naam 'De Spiegel'. De verdeling van het aantal plaatsen over nederlandstaligen en franstaligen is een interne regeling die niet door de RIZIV-conventie wordt opgelegd.

3.2.2.1.3 Aantal voorzieningen en plaatsen in de thuislozenzorg

In de provincie Brabant worden 14 onthaalcentra geteld met daarin plaats voor 373 thuislozen. 140 mannen, 79 vrouwen met kinderen en 154 gemengde plaatsen. Deze zijn verdeeld over 4 centra voor algemeen residentieel welzijnswerk, drie centra voor vrouwen met kinderen, één centrum voor crisisopvang, vier centra voor begeleid wonen van thuislozen en twee centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen. Voorts is de opvangcapaciteit van de thuislozenzorg in de provincie Brabant momenteel lager dan normaal wegens verbouwingswerken in één centrum waar er normaal 112 plaatsen zijn in plaats van 65. Bij volledige capaciteit zijn er 187 mannenplaatsen, en 420 plaatsen in het totaal.

3.2.2.2 OVERGANGSVOORZIENINGEN

3.2.2.2.1 Aantal plaatsen voor Beschut Wonen

In Vlaams-Brabant (incl. Brussel) worden tien initiatieven voor Beschut Wonen geteld. In het totaal gaat het om 340 plaatsen, waarvan er 277 definitief zijn erkend, 29 voorlopig erkend en 34 geprogrammeerd. In Brussel zijn in het kader van Beschut Wonen 4 bedden specifiek erkend voor toxicomanen.

3.2.2.2.2 Aantal plaatsen voor tussenhuis

De nazorgmodule van de Spiegel is te vergelijken met het tussenhuis of halfweghuis in andere TG's. De bewoner gaat op een andere verdieping wonen waar een klein appartement gevestigd is. De ex-verslaafde woont er zelfstandig, heeft een eigen sleutel van het gebouw en een eigen kamer. Hij zorgt voor eigen onderhoud en eten. 's Avonds en tijdens de weekends kan de bewoner zijn vrije tijd buiten de TG doorbrengen.

3.2.2.3 AMBULANTE VOORZIENINGEN

3.2.2.3.1 Aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg

In de provincie Vlaams Brabant werd antwoord gekregen van 13 centra voor geestelijke gezondheidszorg. Samen behandelen zij meer dan 4400 cliënten op jaarbasis. Eén van deze dertien centra blijkt in het geheel niet geconfronteerd te worden met afhankelijkheidsproblematiek. De andere elf wel. De aard van de afhankelijkheidsproblematiek waarmee de anderen te maken krijgen is als volgt verdeeld:

Tabel 14: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek in Vlaams Brabant en Brussel

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	11	1	1
medicatie	11		2
illegale drugs	11		1
gokken	8	3	2
andere	1	4	8

De andere afhankelijkheidsproblematiek waarmee één centrum te maken krijgt, wordt verder geëxpliciteerd als eetverslaving.

In de registratiegegevens 1993, alle leeftijden, kregen we afzonderlijke tabellen voor Brabant en voor Brussel. Ze worden ook hier afzonderlijk weergegeven.

Tabel 15: Verdeling van de 1ste of 2de aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorieën (Brabant)

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent
.	2	0.0
GEEN	65	1.6
LICH KLACHT-ZIEK	208	5.1
PSYCHISCHE PROBL	1523	37.5
RELATIEMOEILIJKH	1577	38.8
SPECIFIEKE/ANDER	256	6.3
PROBL. SOC. INSC	111	2.7
JURID/MATERIELE	38	0.9
SEXUELE PROBLEME	57	1.4
AFHANKEL. MIDDEL	***174***	***4.3***
ONBEKEND	55	1.4
Totaal	4066	100.0

De verhouding van het aandeel aanmeldingsklachten afhankelijkheidsproblematiek is in Brabant opmerkelijk lager ten opzichte van gans Vlaanderen. In absolute cijfers gaat het hier om 174 cliënten over alle centra geestelijke gezondheidszorg in Vlaams Brabant. Hier moeten wel nog de centra voor Brussel worden aan toegevoegd. Voor Brussel werden volgende cijfers verkregen.

Tabel 16: Verdeling van de 1ste of 2de aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorie (Brussel)

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent
GEEN	58	2.3
LICH KLACHT-ZIEK	248	9.6
PSYCHISCHE PROBL	954	37.1
RELATIEMOEILIJKH	704	27.4
SPECIFIEKE/ANDER	68	2.6
PROBL. SOC. INSC	141	5.5
JURID/MATERIELE	96	3.7
SEXUELE PROBLEME	19	0.7
AFHANKEL. MIDDEL	***278***	***10.8***
ONBEKEND	6	0.2
Totaal	2572	100.0

De verhouding afhankelijkheidsproblematiek ligt dan weer een stuk hoger dan voor gans Vlaanderen voor Brussel afzonderlijk. Met name vormt 10,8% van de aanmeldingsklachten in Brussel een probleem in verband met afhankelijkheid. Hieruit mag blijken dat indien de gegevens voor Brabant en Brussel worden samengenomen een analoge verhouding afhankelijkheidsproblematiek en andere problematiek geldt voor alle centra geestelijke gezondheidszorg samen in deze provincie als voor Vlaanderen.

De volgende twee tabellen geven de verdeling weer naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek.

Tabel 17: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1°of 2°) van de cliënten: enkel afhankelijkheid van middelen (Brabant)

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent	Subprocent
afhankelijk van NNG	28	0.7	16.0
alkohol	83	2.0	47.7
medikatie	9	0.2	5.2
illegale drugs	49	1.2	28.2
andere afhankelijkheid	5	0.2	2.9
Totaal afhankelijkheid	174	4.3	100.0

Tabel 18: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1° of 2°) van cliënten: enkel afhankelijkheid van middelen (Brussel)

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent	Subprocent
afhankelijk van NNG	18	0.7	6.5
alkohol	188	7.3	67.6
medikatie	9	0.3	3.2
illegale drugs	45	1.7	16.2
andere afhankelijkh	18	0.7	6.5
Totaal afhankelijkh	278	10.7	100.0

Het aandeel illegale drugs ten opzichte van andere afhankelijkheidsproblemen is dan weer groter voor Brabant dan voor Brussel afzonderlijk. In Brussel scoort de afhankelijkheid van alcohol opmerkelijk hoger dan in Brabant apart, maar ook ten opzichte van gans Vlaanderen. Worden de registratiegegevens van Brabant en Brussel evenwel samengenomen, dan vervagen deze verschillen wederom. In elk geval kan men voor de provincie Vlaams Brabant (inclusief Brussel) wel stellen dat de rol van de hoofdstad groot is in het geheel van de cijfers. Dit is misschien een indicatie om dezelfde oefening ook eens te doen voor de andere provincies.

In de beknopte bevraging leverde de vraag naar de verhouding van het aantal illegale drugproblemen ten opzichte van het aantal andere afhankelijkheidsproblemen in de tien centra van Vlaams Brabant die reageerden op de vragenlijst, volgende informatie op:

Zes tot zeven centra voor geestelijke gezondheidszorg beantwoordden deze vraag helemaal of gedeeltelijk niet. De verhouding illegale drugproblematiek ten op zichte van andere afhankelijkheidsproblematiek zijn voor twee centra als volgt weer te geven:

anno 1991: van 0 op 17 tot 4 op 17
anno 1992: van 1 op 2 tot 6 op 7
anno 1993: van 1 op 4 tot 2 op 1
anno 1994: van 5 op 3 tot 4 op 1

Eén ander centrum geeft voor 1994 28 maal illegale drugproblematiek op en geen andere afhankelijkheidsproblematiek. Dit is op een totaal aantal clienten van 674.

Hier zou men een tendens van toename in de problematiek van illegale drugs uit kunnen afleiden. Te weinig centra beantwoordden deze vraag om een zicht te krijgen op de verscheidenheid terzake tussen de centra.

3.2.2.3.2 Aantal ambulante dagcentra voor drugverslaafden.

Ook in Brussel is een dagcentrum voor drugverslaafden van de Sleutel gesitueerd. De Spiegel is eveneens met de uitbouw bezig van een ambulant aanloopprogramma naast de TG.

3.2.2.4 ANDERE VOORZIENINGEN

3.2.2.4.1 Straathoekwerkers

In de provincie Vlaams-Brabant zijn er 20,5 FE (full time equivalenten) straathoekwerkers werkzaam uit in het totaal zes organisaties. Deze organisaties zijn met name: ADZON (6,5), Dagcentrum De Sleutel (1), TRANSIT (3), Justitieel Welzijnswerk Leuven (1), RISO-Anderlecht (1) en Jeugd en Stad (8).

3.2.2.4.2 Zelfhulpgroepen

In Vlaams Brabant zijn er in 1994 30 AA-groepen geregistreerd, 20 Al-Anon-groepen en 6 Alateen-groepen. Verder is er één gemengde (=tweetalige) Nar-Anon familiegroep in Brussel werkzaam. Vzw Breekpunt heeft in Brabant een contactadres en recent werd SOS-Verslaafd, een oudergroep voor drugverslaafden in Tienen en Diest opgestart.

3.2.3 Provincie Limburg

3.2.3.1 RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

3.2.3.1.1 Aantal voorzieningen en plaatsen in de ziekenhuissector algemeen en in de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder

1. PAAZ-diensten

De provincie Limburg telt vier PAAZ-diensten. De bedverdeling in deze diensten is als volgt: 110 A-bedden, 20 A1-bedden en 2 A2-bedden.

2. Psychiatrische ziekenhuizen

In de provincie Limburg tellen we vier psychiatrische ziekenhuizen met een beddencapaciteit van 1439 bedden. Verminderd met de geriatrische bedden (T3) komen we tot een totaal aantal van 1269.

Tabel 19: Verdeling van de psychiatrische bedden in psychiatrische ziekenhuizen naar type bed in Limburg (gegevens van 1/12/1994)

	ZH1	ZH2	ZH3	ZH4
AA	90	60	90	90
A1	15	10	15	15
A2	15	5	15	15
TT	180	150	140	120
T1	30	25	50	15
T2	30	9	10	15
KK	20			15
K1	10			2
K2	10			3
1269	**400**	**259**	**320**	**290**

Limburg telt ook twee psychiatrische ziekenhuizen met een kinderafdeling. Van de vier psychiatrische ziekenhuizen reageerden er drie, deze met een kinderafdeling inbegrepen.

Op de vraag of in hun psychiatrisch ziekenhuis ook afhankelijkheidsproblematiek wordt opgenomen antwoordden alle drie de ziekenhuizen ja.

Tabel 20: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar aard van de afhankelijkheidproblematiek in Limburg

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	3		
medicatie	3		
illegale drugs	3		
gokken	3		
andere			

3.2.3.1.2 Aantal voorzieningen en plaatsen in de revalidatiesector inzake drughulpverlening

Ook in Limburg situeert zich één therapeutische gemeenschap, met name "Katarsis"[9]. Dit door de ziekteverzekering erkende centrum biedt opvang voor harddrug-, alcohol- en medicatieverslaafden tussen 17 en 40 jaar. De opnameduur bedraagt er minimum 6 maanden en de opnamecapaciteit is 13 bewoners.

3.2.3.1.3 Aantal voorzieningen en plaatsen in de thuislozenzorg

Er zijn in Limburg 14 residentiële centra voor thuislozenzorg. Daarin is plaats voor 302 personen: 177 mannen, 60 vrouwen met kinderen en 65 gemengde plaatsen. Het gaat om 5 centra voor algemeen residentieel welzijnswerk, 3 centra voor vrouwen met kinderen, één crisisopvangcentrum, 3 centra voor begeleid wonen van thuislozen en 2 centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen.

3.2.3.2 OVERGANGSVOORZIENINGEN

3.2.3.2.1 Aantal plaatsen voor Beschut Wonen

De provincie telt vijf initiatieven voor Beschut Wonen. Er zijn 338 plaatsen, waarvan er 253 erkend zijn, 41 voorlopig erkend zijn en nog 44 geprogrammeerd.

3.2.3.2.2 Aantal plaatsen voor tussenhuis

De therapeutische gemeenschap Katarsis werkt niet zoals de andere TG's met een residentiële nazorg. Er is wel een goed uitgebouwd ambulant nazorgprogramma, gebaseerd op het zelfhulpprincipe.

In het kader van de uitbreidingsaanvraag zou men in 1995 met een tussenhuis willen starten. Er is al een naam voorzien: 'de Overloop'. Het wordt min of meer beschouwd als een vorm van 'begeleid kamerwonen'.

3.2.3.3 AMBULANTE VOORZIENINGEN

3.2.3.3.1 Aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg

In de provincie Limburg werd antwoord gekregen van àlle centra geestelijke gezondheidszorg die er werkzaam zijn. Zij staan in voor de geestelijke gezondheidszorg van zowat 7050 cliënten. Al deze centra hebben te maken met afhankelijkheidsproblematiek. Naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek waarmee de cgg's geconfronteerd worden, wordt volgende verdeling bekomen.

[9] vzw Katarsis, Drugvrije therapeutische gemeenschap, Promotiebrochure, 1995

Tabel 21: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek in Limburg

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	13		
medicatie	13		
illegale drugs	11	1	1
gokken	10	2	1
andere	4	3	6

De andere problematiek waarnaar hier wordt verwezen zijn "gemengde problematiek, eetverslaving, tabakverslaving, sex- en relatieverslaving. Slechts één centrum stelt expliciet dat zij geen illegale drugproblematiek krijgen.

Uit de registratiegegevens van 1993, alle leeftijden, blijkt enkel voor de provincie Limburg een ànder beeld op het vlak van verhouding afhankelijkheidsproblematiek ten opzichte van andere problematiek dan uit de registratiegegevens voor de andere provincies geldt.

Tabel 22: Verdeling van de 1ste of 2de aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorie in Limburg.

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent
GEEN	712	8.9
LICH KLACHT-ZIEK	421	5.3
PSYCHISCHE PROBL	2189	27.5
RELATIEMOEILIJKH	2505	31.4
SPECIFIEKE/ANDER	649	8.1
PROBL. SOC. INSC	203	2.5
JURID/MATERIELE	124	1.6
SEXUELE PROBLEME	160	2.0
AFHANKEL. MIDDEL	***917***	***11.5***
ONBEKEND	87	1.1
Totaal	7967	100.0

Afhankelijkheidsproblemen vormen 11,5% van alle redenen waarom een centrum geestelijke gezondheidszorg geconsulteerd wordt in de provincie Limburg. Dit is een verschil van bijna 4% ten opzichte van gans Vlaanderen. De verdeling naar aard van die verslavingsproblematiek ziet er dan als volgt uit.

Tabel 23: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1° of 2°) van de cliënten: enkel afhankelijkheid van middelen in Limburg.

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent	Subproc
afhankelijk van	24	0.3	2.6
alkohol	359	4.5	39.2
medikatie	79	1.0	8.6
illegale drugs	411	5.2	44.8
andere afhankelijkh	44	0.5	4.8
Totaal afhankelijkh	917	11.5	100.0

Omgekeerd ten opzichte van de eerder besproken provincies en ten opzichte van de gegevens voor gans Vlaanderen blijken de afhankelijkheidsproblemen in de centra geestelijke gezondheidszorg in Limburg in verband met illegale drugs een belangrijker aandeel te vormen dan de afhankelijkheidsproblemen inzake alcohol. Bij de vergelijking van de absolute cijfers voor gans Vlaanderen (902 aanmeldingsklacht illegale drugs) met de absolute cijfers voor de provincie Limburg alleen (411 aanmeldingsklacht illegale drugs) voor wat precies die

problematiek betreft, blijkt dat bijna de helft hiervan dus afkomstig zijn van de provincie Limburg.
De vraag naar de verhouding van het aantal illegale drugproblemen ten opzichte van het aantal andere afhankelijkheidsproblemen in de beknopte bevraging, leverde in Limburg volgende informatie op:

Acht tot negen centra voor geestelijke gezondheidszorg beantwoordden deze vraag helemaal of gedeeltelijk niet. Voorts varieerden en evolueerden de verhoudingen illegale drugproblematiek ten op zichte van andere afhankelijkheidsproblematiek als volgt:

anno 1991: van 0 op 25 over 1 op 2 tot 1 op 1
anno 1992: van 0 op 23 tot 2 op 1
anno 1993: van 0 op 9 tot 1 op 2
anno 1994: van 3 op 5 tot 4 op 7

Ook hieruit kan men afleiden dat er een grote verscheidenheid is tussen de verschillende centra geestelijke gezondheidszorg op het vlak van opvang van afhankelijkheidsproblematiek in het algemeen en van illegale drugproblematiek in het bijzonder. Er zijn centra waarbij illegale drugproblematiek in de afhankelijkheidsproblematiek niet aan bod komt, er zijn er andere waarbij het aandeel illegale in het geheel van de afhankelijkheidsproblematiek overweegt en er zijn centra waar deze problematiek er ergens tussenin ligt. Deze cijfers illustreren met andere woorden dat men drie soorten CGG zou kunnen onderscheiden op het vlak van afhankelijkheidsproblematiek.

3.2.3.3.2 Aantal ambulante dagcentra voor drugverslaafden.

In Limburg situeert zich geen ambulant revalidatiecentrum van het type zoals dat in de andere provincies wordt voorzien. De taken in andere provincies waargenomen door deze dagcentra, worden hier opgenomen door één centrum voor geestelijke gezondheidszorg dat zich traditioneel op verslavingsproblematiek specialiseerde: het C.A.D. te Hasselt. Dit laatste werd overigens al bevestigd door de registratiegegevens van 1993.

3.2.3.4 ANDERE VOORZIENINGEN

3.2.3.4.1 Straathoekwerkers

In Limburg zijn er 10 FE straathoekwerkers actief in vijf verschillende organisaties. Het CAD-straathoekwerk (4), het JAC-straathoekwerk (1), het Mardyck Randgroepjongerenwerk project (3,5), PIONIER (0,5) en vzw Jeugdorganen randgroepjongerenwerk (1).

3.2.3.4.2 Zelfhulpgroepen

In Limburg zijn er zowel zelfhulpgroepen algemene verslavingsproblematiek, als zelfhulpgroepen alcoholverslaving, drugverslaving en medicatieverslaving actief. Inzake algemene verslavingsproblematiek zijn er twee contactadressen voor de zelfhulpgroep Maasmechelen. Op het vlak van alcoholverslaving zijn er in 1994 in Limburg 46 AA-groepen geregistreerd, 22 Al-Anon-groepen en 3 Alateen-groepen. Daarnaast is er nog zelfhulpgroep Dynamische Idealisten Boeken Sukses te Houthalen. Inzake drugverslaving is er één contactadres te Genk van een zelfhulpgroep die samenwerkt met het CAD-Hasselt en TG Katarsis. Ook Breekpunt vzw is als zelfhulpgroep drugverslaving actief in Genk. Voor medicatieverslaving zijn er Toxan groepen: er zijn twee groepen in Hasselt, één groep in Lanaken en één groep in St. Truiden. In Hasselt is er eveneens nog een Toxan-familiegroep.

3.2.4 Provincie Oost-Vlaanderen

3.2.4.1 RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

3.2.4.1.1 Aantal voorzieningen en plaatsen in de ziekenhuissector algemeen en in de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder

1. PAAZ-diensten
De provincie Oost-Vlaanderen telt 5 PAAZ-diensten, die samen beschikken over 210 A-bedden.

2. Psychiatrische ziekenhuizen
Daarnaast tellen we 13 psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit van 2670 bedden. Verminderd met de geriatrische bedden komen we tot een totaal aantal van 2340.

Tabel 24: Verdeling van de psychiatrische bedden in psychiatrische ziekenhuizen naar type bed in Oost-Vlaanderen (gegevens van 1/12/1994)

	ZH1	ZH2	ZH3	ZH4	ZH5	ZH6	ZH7	ZH8	ZH9	ZH10	ZH11	ZH12	ZH13
AA	33	30	30	30	60	60	60	120	30	60	90	60	30
A1	14			15		20			25	25	5	5	
A2	5		5	15					5	5	10	5	
TT	95	30	40	105	69	132		50	107	101	85	102	60
T1	35	25	15	40	30	55			15	75	5	50	30
T2	5	5	5	15		5		10	15	15	5	5	20
KK						24							
K1													
K2						8							
2340	**187**	**90**	**95**	**220**	**159**	**304**	**60**	**180**	**197**	**281**	**200**	**227**	**140**

Acht van de dertien psychiatrische ziekenhuizen reageerden op de beperkte vragenlijst. Van twee andere psychiatrische ziekenhuizen haalden we de informatie uit de antwoorden die zij formuleerden naar aanleiding van de inventarisatie die aan de beknopte vragenlijst voorafging. De hier opgenomen gegevens zijn bijgevolg afkomstig van 10 psychiatrische ziekenhuizen.

Op de vraag of er patiënten met afhankelijkheidsproblematiek worden opgenomen, antwoordden allen ja. Wanneer verder werd gepeild naar de aard van de afhankelijkheidsproblematiek, blijkt slechts één ziekenhuis niet geconfronteerd te zijn met de problematiek van illegale drugs.

Tabel 25: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek in Oost-Vlaanderen

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	10		
medicatie	10		
illegale drugs	9	1	
gokken	6	2	2
andere	1	1	7

Het ene psychiatrische ziekenhuis dat ook 'andere' aankruiste, lichtte dit toe met 'algemeen psychiatrische problematiek'.

3.2.4.1.2 Aantal voorzieningen en plaatsen in de revalidatiesector inzake drughulpverlening

Oost-Vlaanderen telt 3 therapeutische gemeenschappen, waarvan 2 drugvrije therapeutische gemeenschappen die beide functioneren mét een RIZIV-conventie en één psycho-therapeutische gemeenschap, die zonder conventie werkt. Voor laatstgenoemde is er wel een principieel akkoord omtrent die conventie. Daarnaast is er in Oost-Vlaanderen ook één erkend crisisinterventiecentrum.

Qua opvangcapaciteit is de situatie de volgende:

De Kiem, gelegen te Oosterzele heeft 15 erkende plaatsen. De TG De Sleutel in St. Martens-Latem heeft 15 erkende plaatsen en het CIC De Sleutel (De Ark) in Merelbeke heeft 12 erkende plaatsen. Tenslotte is er nog de psycho-therapeutische gemeenschap Ovaal. Ovaal heeft tot nader orde geen enkele erkende plaats. In principe is er plaats voor 15 patiënten. Het heeft zich wel gespecialiseerd in de begeleiding van die groep van patiënten die door het samengaan van persoonlijkheidsstoornis en afhankelijkheidsgedrag ten opzichte van psycho-actieve middelen, zich in zulke situatie bevinden dat een zelfstandig en zinvol functioneren in onze samenleving bijna onmogelijk is.

Anno 1993 werden er in De Kiem 251 eerste contacten geregistreerd[10]. In 192 gevallen was er vraag voor opname. In het totaal werden er 36 opnames gerealiseerd. 64 personen werden doorverwezen.

In de TG De Sleutel werden in datzelfde jaar 63 personen opgenomen[11]. Dit aantal slaat evenwel maar op de periode vanaf het terug opstarten van de TG in maart 1993.

In het CIC De Sleutel werden in 1993 862 aanmeldingen geregistreerd[12]. 104 van deze aanmeldingen betreffen een informatieve vraag. In 781 gevallen was het een opnamevraag die in 472 gevallen leidde tot een afspraak. Van de personen die een opnamevraag deden, werden er uiteindelijk 42,3% opgenomen. Het aantal opnames op jaarbasis is overigens ook hoger dan het aantal geregistreerde opnames. Dat komt omdat sommigen meerdere keren werden opgenomen.

In de psychotherapeutische gemeenschap Ovaal te Lokeren worden alleen mannen opgenomen. Gegevens zijn er maar vanaf de overname door de Broeders van Liefde, met name vanaf april 1994. De eerste registratiegegevens zijn afkomstig van 42 opnames die sedert die periode zijn gerealiseerd.

3.2.4.1.3 Aantal voorzieningen en plaatsen in de thuislozenzorg

In Oost-Vlaanderen zijn er 19 centra voor thuislozenzorg. In het totaal is er plaats voor 374 bewoners: 199 mannen, 88 vrouwen met kinderen en 87 gemengde plaatsen. De centra zijn als volgt verdeeld naar soort: 9 centra voor algemene residentiële opvang, 4 centra voor opvang van vrouwen met kinderen, 2 centra voor crisisopvang, 2 centra voor begeleid wonen van thuislozen en 2 centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen.

[10] De Kiem vzw, Drugvrije therapeutische gemeenschap, Jaarverslag 1993
[11] De Sleutel, Drugvrije therapeutische gemeenschap, Cijfergegevens 1993
[12] De Sleutel, Crisisinterventiecentrum, Jaarverslag 1993

3.2.4.2 OVERGANGSVOORZIENINGEN

3.2.4.2.1 Aantal plaatsen voor Beschut Wonen

In Oost-Vlaanderen zijn er 11 initiatieven voor Beschut Wonen. Ze bieden plaats aan 660 personen. 536 van deze plaatsen zijn al definitief erkend, 72 kregen een voorlopige erkenning en 52 zijn nog geprogrammeerd.

3.2.4.2.2 Aantal plaatsen voor tussenhuis

Zowel De Kiem als TG De Sleutel werken in de nazorgfase na de behandeling in de therapeutische gemeenschap met een tussen- of halfweghuis.

Bij de Kiem kunnen de bewoners van het halfweghuis worden opgesplitst in twee groepen:
- deze die de vierde fase van hun programma hebben doorlopen. Degenen die onder dit statuut vallen, situeren zich eveneens in de laatste fase van het door het RIZIV erkende programma. De bewoners worden er individueler gevolgd. Naast de engagementsvereiste ten aanzien van de leefgroep is de aandacht voornamelijk gericht op reïntegratie.
- deze die nog in het halfweghuis verblijven, maar zich niet meer situeren binnen het kader van het door het RIZIV erkende programma. Dit nazorgprogramma blijft open voor bewoners die reeds werken of een opleiding volgen. Hun verblijf wordt geregeld via een huurderscontract. De opnameduur wordt individueel en per bewoner bepaald. De gemiddelde verblijfsduur is 6 maanden. Eind 1994 verblijven er 6 bewoners.

Het tussenhuis van De Sleutel is gelegen in Gent. Op dit ogenblik verblijven er drie ex-verslaafden.

Ook aan de psychotherapeutische gemeenschap Ovaal is een tussenhuis verbonden. Het draagt de naam 'De Boerderij' en kan drie bewoners herbergen.

3.2.4.3 AMBULANTE VOORZIENINGEN

3.2.4.3.1 Aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg

In de provincie Oost-Vlaanderen werd antwoord gekregen van 18 centra geestelijke gezondheidszorg. Dit is 81% van het totaal aantal centra (n=21). Zij staan in voor de geestelijke gezondheidszorg van zowat 9388 cliënten. Al deze centra hebben te maken met afhankelijkheidsproblematiek. Naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek waarmee de cggz's geconfronteerd worden, wordt volgende verdeling bekomen.

Tabel 26: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek in Oost-Vlaanderen

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	17		1
medicatie	17		1
illegale drugs	16		2
gokken	15	2	1
andere	3	1	14

Voor de drie andere soorten afhankelijkheidsproblematiek waarmee men te maken krijgt, werd verwezen naar legale nicotine, eetverslaving met boulemie en snoepen.

De registratiegegevens 1993, alle leeftijden, van de centra geestelijke gezondheidszorg in Oost-Vlaanderen geven volgend beeld.

Tabel 27: Verdeling van de 1ste of 2de aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorie in Oost-Vlaanderen

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent
.	9	0.1
GEEN	554	4.8
LICH KLACHT-ZIEK	542	4.7
PSYCHISCHE PROBL	3501	30.3
RELATIEMOEILIJKH	4760	41.3
SPECIFIEKE/ANDER	628	5.4
PROBL. SOC. INSC	272	2.4
JURID/MATERIELE	88	0.8
SEXUELE PROBLEME	251	2.2
AFHANKEL. MIDDEL	***882***	***7.6***
ONBEKEND	51	0.4
Totaal	11538	100.0

In Oost-Vlaanderen vormt 7,6 % van de aanmeldingsproblematiek een klacht inzake afhankelijkheid van middelen. Ook voor Oost-Vlaanderen geldt bijgevolg dat de aangegeven verhouding voor gans Vlaanderen zeer dicht ligt bij die voor deze provincie alleen. Inzake de aard van die afhankelijkheidsproblemen wordt voorts volgend beeld verkregen.

Tabel 28: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1ste of 2de) van de cliënten: enkel afhankelijkheid van middelen in oost-Vlaanderen

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent	Subproc
afhankelijk van NNG	56	0.5	6.3
alkohol	547	4.7	62.0
medikatie	65	0.6	7.4
illegale drugs	162	1.4	18.4
andere afhankeli	52	0.4	5.9
Totaal afhankelijkheid	882	7.2	100.0

Het aandeel van alcohol is hierin overheersend en ook beduidend hoger dan het % aandeel voor deze problematiek op Vlaams niveau in zijn geheel. Enkel de alcohol-problematiek neemt in Oost-Vlaanderen al 62% van de afhankelijkheidsproblematiek voor zijn rekening (t.o.v. 53% voor gans Vlaanderen/n=43274). Daarop volgen de problemen in verband met illegale drugs. Zij zijn verantwoordelijk voor 18,4% van de aanmeldingsproblemen inzake afhankelijkheid. Dit is minder dan het aandeel illegale drugproblematiek voor gans Vlaanderen binnen de centra geestelijke gezondheidszorg (27%/n=43274).

De vraag naar de verhouding van het aantal illegale drugproblemen ten opzichte van het aantal andere afhankelijkheidsproblemen uit de beknopte bevraging ten aanzien van de centra geestelijke gezondheidszorg leverde volgende informatie:

Negen tot tien centra voor geestelijke gezondheidszorg beantwoordden deze vraag helemaal of gedeeltelijk niet. Voorts varieerden en evolueerden de verhoudingen illegale drugproblematiek ten op zichte van andere afhankelijkheidsproblematiek als volgt:

anno 1991: van 1 op 10 over 1 op 6 tot 1 op 3
anno 1992: van 1 op 4 tot 3 op 4
anno 1993: van 1 op 13 tot 1,2 op 1
anno 1994: van 1 op 10 tot 4 op 7

Met andere woorden, ook in Oost-Vlaanderen is de verscheidenheid terzake groot. Er zijn centra waar het aandeel illegale drugsproblematiek ten opzichte van andere afhankelijkheidsproblematiek zich verhoudt als 1 op 10 en er zijn centra waar dit ongeveer de helft van de afhankelijkheidsproblemen vormt.

3.2.4.3.2 Aantal ambulante dagcentra voor drugverslaafden.

In Oost-Vlaanderen is er één dagcentrum voor druggebruikers actief, met name te Gent.

1993 was het eerste volledige werkjaar voor het dagcentrum van de Sleutel te Gent. Er namen in het totaal 235 personen contact met het centrum voor een concrete hulpvraag. Daaruit werden 138 nieuwe behandelingen gestart[13].

3.2.4.4 ANDERE VOORZIENINGEN

3.2.4.4.1 Straathoekwerkers

In deze provincie zijn er 14 straathoekwerkers actief, verdeeld over drie organisaties. In één organisatie 'City coaching Gent' zijn er 12 straathoekwerkers aangesteld. Voorts is er een straathoekwerker werkzaam in het dagcentrum van de Sleutel en één in de preventiedienst van de stad St. Niklaas.

3.2.4.4.2 Zelfhulpgroepen

Ook in Oost-Vlaanderen kan onderscheid worden gemaakt tussen zelfhulpgroepen voor algemene verslavingsproblematiek en zelfhulpgroepen respectievelijk voor alcoholverslaving, drugverslaving en medicatieverslaving. Als zelfhulpgroepen inzake algemene verslavingsproblematiek worden vermeld: zelfhulpgroep De dageraad in Lede, drie contactadressen van 'de Lossen Babbel' en tenslotte nog de ambulante oudergroepen vanuit het dagcentrum van de Sleutel te Gent.
Voor wat alcoholverslaving betreft zijn er in 1994 in de provincie Oost-Vlaanderen 78 AA-groepen geregistreerd, 25 Al-Anon-groepen en 5 Alateen-groepen.
Inzake drugverslaving heeft Breekpunt vzw ook in Oost-Vlaanderen een contactadres. Voor medicatieverslaving zijn er twee contactadressen voor Toxan-groepen. Er werd geen contactpunt voor Toxan-familiegroepen gevonden.

---

[13] De Sleutel, Dagcentrum Gent, Jaarverslag 1993

3.2.5 Provincie West-Vlaanderen

3.2.5.1 RESIDENTIËLE VOORZIENINGEN

3.2.5.1.1 Aantal voorzieningen en plaatsen in de ziekenhuissector algemeen en in de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder

1. PAAZ-diensten
In West-Vlaanderen zijn er in het totaal 12 PAAZ-diensten. Al deze PAAZ-diensten samen hebben 375 A-bedden en 33 A2-bedden.

2. Psychiatrische ziekenhuizen
In West Vlaanderen situeren zich zeven psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit van 2005. Verminderd met de geriatrische bedden komen we tot een aantal van 1800.

Tabel 29: Verdeling van de psychiatrische bedden in psychiatrische ziekenhuizen naar type bed in West-Vlaanderen (gegevens van 1/12/1994)

	ZH1	ZH2	ZH3	ZH4	ZH5	ZH6	ZH7
AA	87	72	130	90	75	30	90
A1	20		15	30	15		5
A2	10		15				5
TT	377		190	152		60	60
T1	30		50	50		40	5
T2	10		10	10		5	5
KK					24		20
K1					1		
K2					5		7
1800	**534**	**72**	**410**	**332**	**120**	**135**	**197**

In West Vlaanderen situeren zich ook twee psychiatrische ziekenhuizen met een kinderafdeling.

Van 3 van de 7 psychiatrische ziekenhuizen werd een antwoord verkregen op de beperkte vragenlijst. De 2 psychiatrische ziekenhuizen met een kinderafdeling zijn daar helaas niet bij.

Op de vraag of de psychiatrische ziekenhuizen geconfronteerd worden met afhankelijkheidsproblematiek, antwoordden de psychiatrische ziekenhuizen 2 keer ja en 1 keer neen.

De verdeling naar aard van de verslaving geeft volgend beeld.

Tabel 30: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar aard van de afhankelijkheidproblematiek in West-Vlaanderen

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	2		
medicatie	2		
illegale drugs	1	1	
gokken	2		
andere			

Bij de peiling naar uitsluitingscriteria was er bijgevolg nog slechts één psychiatrisch ziekenhuis dat op deze vraag antwoord gaf/kon geven. Op elk van de mogelijke uitsluitingscriteria antwoordde dat ziekenhuis neen. In een parallel antwoord evenwel van de directeur werd de verzekerbaarheid van de cliënt wél als mogelijk criterium opgegeven.

3.2.5.1.2 Aantal voorzieningen en plaatsen in de revalidatiesector inzake drughulpverlening

In West-Vlaanderen situeert zich één revalidatiecentrum dat meerdere werksoorten uitbouwt. Het centrum Kompas in Kortrijk omvat één crisisinterventiecentrum met 8 plaatsen en een programma van +/- zes weken en één kortdurend therapeutisch programma met 4 plaatsen, waarbinnen een residentieel behandelingsprogramma van vijf maanden wordt aangeboden. Dit laatste residentiële aanbod draagt de naam 'de Kier'. In de RIZIV-conventie worden beide programma's wel in dezelfde conventie opgenomen[14].

3.2.5.1.3 Aantal voorzieningen en plaatsen in de thuislozenzorg

In de provincie West-Vlaanderen zijn er in het totaal 25 centra voor thuislozenzorg. Samen zijn zij in staat om 263 mannen, 180 vrouwen met kinderen en 82 "gemengde" personen te herbergen. Met andere woorden, in West-Vlaanderen zijn er 525 plaatsen voor thuislozenzorg. De 25 centra zijn als volgt verdeeld: er zijn 9 centra voor algemene residentiële opvang, 6 centra voor opvang van vrouwen met kinderen, 6 centra voor begeleid wonen van thuislozen en 4 centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen.

3.2.5.2 OVERGANGSVOORZIENINGEN

3.2.5.2.1 Aantal plaatsen voor Beschut Wonen

Er zijn in dezelfde provincie 9 initiatieven voor Beschut Wonen. Zij bieden plaats aan 532 bewoners. Daarvan zijn er 368 plaatsen definitief erkend, 38 voorlopig erkend en 108 geprogrammeerd.

3.2.5.2.2 Aantal plaatsen voor tussenhuis

Hier past dezelfde opmerking als in de provincie Antwerpen. Aangezien zich in de provincie West-Vlaanderen geen therapeutische gemeenschap met een langdurig programma bevindt, is hier ook geen tussenhuis te vinden zoals bij de TG's in Brabant, Limburg en Oost-Vlaanderen.

14 Kompas vzw, Opvangcentrum voor druggebruikers, Infobrochure, 1994

3.2.5.3 AMBULANTE VOORZIENINGEN

3.2.5.3.1 Aantal centra voor geestelijke gezondheidszorg

In de provincie West-Vlaanderen werd antwoord gekregen van 9 centra geestelijke gezondheidszorg. Dit is 61,5% van het totaal aantal centra (n=13). Alle centra samen staan in voor de geestelijke gezondheidszorg van 6324 cliënten. Al de centra krijgen te maken met afhankelijkheidsproblematiek. De aard van de afhankelijkheidsproblematiek is als volgt verdeeld.

Tabel 31: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar aard van de afhankelijkheidsproblematiek in West-Vlaanderen

AARD AFHANKELIJKHEID	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
alcohol	9		
medicatie	9		
illegale drugs	8	1	
gokken	9		
andere	3	5	1

De drie andere soorten afhankelijkheidsproblematiek werden niet verder toegelicht. Bij één ja-antwoord illegale drugs werd nog vermeld dat dit sporadisch gebeurt.

Uit de registratiegegevens van 1993, alle leeftijden voor West-Vlaanderen blijken er wel grote verschillen ten opzichte van de Vlaamse gegevens voor wat de verhouding afhankelijkheidsproblematiek in het algemeen betreft ten opzichte van andere problematiek.

Tabel 32: Verdeling van de 1° of 2° aanmeldingsklacht van de cliënten naar hoofdcategorie

Totaal aanmeldingsklacht	Frekwentie	Procent
.	1	0.0
GEEN	187	3.0
LICH KLACHT-ZIEK	349	5.5
PSYCHISCHE PROBL	2239	35.4
RELATIEMOEILIJKH	2466	39.0
SPECIFIEKE/ANDER	233	3.7
PROBL. SOC. INSC	184	2.9
JURID/MATERIELE	69	1.1
SEXUELE PROBLEME	160	2.5
AFHANKEL. MIDDEL	***301***	***4.8***
ONBEKEND	135	2.1
Totaal	6324	100.0

Met andere woorden afhankelijkheid van middelen vormt in de provincie West-Vlaanderen 4,8% (n=6324) van al de aanmeldingsproblemen. Die verhouding verschilt duidelijk van die voor gans Vlaanderen, waarvoor 7,7% (n=43274) van de aanmeldingsproblemen afhankelijkheid is. Voor een zicht op de aard van die afhankelijkheidsproblemen in West-Vlaanderen wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 33: Verdeling van de aanmeldingsklacht (1ste of 2de) van de cliënten: enkel afhankelijkheid van middelen in West-Vlaanderen

Totaal aanmeldingsklachten	Frekwentie	Procent	Subproc
afhankelijk van NNG	49	0.8	16.3
alkohol	154	2.4	51.2
medikatie	26	0.4	8.6
illegale drugs	51	0.8	16.9
andere afhankelijkh	21	0.4	7.0
Totaal afhankelijkh	301	4.8	100.0

Voor de verdeling naar aard van de verslaving betreffen de belangrijkste verschillen tussen gans Vlaanderen en West-Vlaanderen juist de illegale drugproblematiek. Voor alcoholproblematiek is de verhouding vergelijkbaar 51,2% (n=6324) ten opzichte van 53% (n=43274) voor gans Vlaanderen. Dit geldt evenzeer voor medicatieverslaving met 8,6% (W.Vl.) tegenover 7,2% (gans Vlaanderen). Illegale drugproblemen vormen 16,9% van de afhankelijkheidsproblematiek in West-Vlaanderen ten opzichte van 27% voor gans Vlaanderen.

Uit de beknopte bevraging werd volgend beeld verkregen naar aanleiding van de vraag naar de verhouding illegale drugproblematiek in vergelijking met andere afhankelijkheidsproblematiek.

Eénmaal werd systematisch geen antwoord gegeven. De verhoudingen evolueerden verder als volgt:
1991: van 1 op 12 tot 1 op 2
1992: van 1 op 10 tot 1 op 1
1993: van 0 op 14 tot 1 op 2
1994: 0 op 12 en 1 op 3 (en 6 keer geen antwoord)

Hieruit kan men afleiden dat men ook in West-Vlaanderen verschillende soorten centra ggz vindt: deze die binnen het geheel van de afhankelijkheidsproblematiek geen enkel probleem van illegale drugverslaving zien en deze waarbij deze problematiek de helft uitmaakt van de afhankelijkheidsproblematiek.

3.2.5.3.2 Aantal ambulante dagcentra voor drugverslaafden.

In Kortrijk ontwikkelt Kompas recentelijk ook een begin van ambulante dagwerking. Dit gebeurt vooral in aansluiting met de toegenomen wens naar laagdrempeliger opvangmogelijkheden voor drugverslaafden. Het sluit ook beter aan op de vraag -soms vanwege justitie- tot opvang van beginnende experimentele gebruikers, die eigenlijk absoluut niet in aanmerking komen voor een residentiële opvang. Deze ambulante hulpverlening maakt evenwel geen deel uit van de RIZIV-conventie.

In Brugge is een dagcentrum van De Sleutel gevestigd[15]. In de loop van 1993 namen 175 verschillende cliënten contact op met het dagcentrum. Van de 175 aanvragen werden er 150 verwezen voor behandeling in een dagcentrum. In 1993 werden 123 behandelingen effectief gestart.

---

[15] De Sleutel, Dagcentrum Brugge, Jaarverslag 1993

3.2.5.4 ANDERE VOORZIENINGEN

3.2.5.4.1 Straathoekwerkers

In West-Vlaanderen zijn er 7 straathoekwerkers actief. Zij werken verspreid over 4 organisaties: Fan-coaching Oostende (1), Straathoekwerk De Sleutel (2), Buurtwerk Veemarkt (2) en Buurtpreventie straathoekwerk Lange Munte (2).

3.2.5.4.2 Zelfhulpgroepen

Als zelfhulpgroepen algemene verslavingsproblematiek zijn er de oudergroepen vanuit het dagcentrum van de Sleutel in Brugge. Voor groepen inzake alcoholverslaving zijn er in 1994 in West-Vlaanderen 123 AA-groepen geregistreerd, 17 Al-Anon-groepen en 1 Alateen-groep. Inzake zelfhulpgroepen drugverslaving vonden we de zelfhulpgroep voor medicatie- én drugverslaafden te Blankenberge 'Nieuwgeborenen'. Voor medicatieverslaafden alleen zijn er in West-Vlaanderen drie contactadressen voor Toxan-groepen.

3.3 Toestand op het vlak van samenwerking en doorverwijzingsmogelijkheden per provincie

3.3.1 Provincie Antwerpen

3.3.1.1 VISIE VANUIT DE PSYCHIATRISCHE SECTOR

In verband met de samenwerking werden volgende gegevens verkregen.

Tabel 34: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de gekende doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Antwerpen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWERKING
algemene welzijnszorg	4	1		1
huisartsen	2	3		
ambulante geestelijke gezondheidszorg	4	1		1
dagcentra voor drug-verslaafden	4		1	3
crisiscentra voor drug-verslaafden	3	2		2
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	4	1		1
psychiatrisch ziekenhuis	3	2		1
zelfhulp	2	1	2	1

De opmerkingen in verband met de samenwerking zijn samen te vatten als volgt:

- de samenwerking is vlot met het specifiek hulpverleningscircuit
- er zijn ook voldoende alternatieven voor opvang van illegale druggebruikers, alleen staan velen nog te weigerachtig om zich tot die doelgroep te richten
- de samenwerking is bovendien een goede indicator voor eventuele tekorten zowel aan voorzieningen als binnen de voorzieningen voor wat de opvang van precies deze doelgroep betreft
- een speciale hint naar de overheid toe is dat het aantal 'zwarte lijst patiënten' aan het toenemen is.

3.3.1.2 VISIE VANUIT DE REVALIDATIESECTOR

De revalidatiesector inzake drughulpverlening in Antwerpen-stad ervaart het systeem van afspraken en coördinatie als vrij goed georganiseerd. In de praktijk ondervindt men evenwel dat mensen uit Turnhout bijvoorbeeld de weg naar Antwerpen niet vlot vinden of nemen. Het probleem ivm de drughulpverlening is een totaal gebrek aan een centraal aanmeldingspunt vanwaaruit de beschikbaarheid van plaatsen in de regio vooral door de hulpverleners zelf zou kunnen worden opgevolgd. Iets dergelijks wordt bij voorkeur regionaal uitgewerkt. In dat verband is de rol van het Stedelijk Overleg Drughulpverlening te Antwerpen vermeldenswaard.

S.O.D.A. is een overlegorgaan waarin getracht wordt het drughulpverleningsaanbod regionaal op elkaar af te stemmen en eveneens op regionale basis te komen tot afspraken terzake.

In het dagcentrum van de Sleutel te Antwerpen gaat het initiatief om naar het dagcentrum te komen in 68% van de gevallen uit van de druggebruikers zelf. In 21% van de gevallen gaat de aanvraag uit van de familie van de gebruiker. De professionele hulpverlener vindt voor zijn cliënten moeilijker de weg naar dit dagcentrum voor illegale druggebruikers. Via hen is slechts 8% van de aanvragen afkomstig.

Het dagcentrum van de Sleutel te Mechelen, dat tot stand kwam nà samenspraak met de stad, is nog volop in een stadium van consolidatie en integratie in de rest van het hulpverleningscircuit. In Mechelen zijn er overigens een aantal werkgroepen of teams actief teneinde de samenwerking inzake drughulpverlening in stand te houden.

3.3.1.3 VISIE VANUIT DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De toestand op het vlak van doorverwijzingsmogelijkheden en/of samenwerking in de provincie Antwerpen ziet er als volgt uit:

Tabel 35: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Antwerpen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWER-KING	GEEN ANTWOORD
algemene welzijnszorg	10	2	5	8	9
huisartsen	5	5	7	2	15
ambulante geestelijke gezondheidszorg	10	4	3	6	11
dagcentra voor drug-verslaafden	11	3	3	7	10
crisiscentra voor drug-verslaafden	12	3	2	6	11
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	8	3	6	3	14
psychiatrisch ziekenhuis	11	3	3	5	12
zelfhulp	7	4	6	1	16

Hieruit kan men afleiden dat er een vrij goede coördinatie mogelijk is. Enkel de huisartsen en de zelfhulpgroepen blijven wat op de achtergrond in het circuit. De vraag is wat hier aan de basis ligt. De duidelijk positieve samenwerking met de algemene welzijnszorg verwijst naar de aanwezigheid van Free Clinic in het Antwerpse dat een Centrum voor Levens- en Gezinsvragen is, en naar ADIC, een revalidatiecentrum inzake drughulpverlening met een kortdurend behandelingsprogramma.

Uit de registratiegegevens van 1993 (alle leeftijden) voor de provincie Antwerpen kwam volgend beeld naar voren. Het gaat hier enkel om de cliënten met afhankelijkheidsproblematiek als aanmeldingsprobleem.

Tabel 36: Verwijzers naar de centra geestelijke gezondheidszorg in Antwerpen

VERWEZEN DOOR	AANTAL	PROCENT
niet gecodeerd	1	0,1
nulde lijn	231	28,0
eerste lijn	293	38,4
tweede lijn	56	7,3
derde lijn	188	24,6
ongekend	12	1,6
totaal	763	100,0

Uit een verdere uitsplitsing van sommige verwijzers bleek verder dat op het niveau van de nulde lijn, het in 8% van de gevallen gaat om een eigen initiatief en in 9,2% om een verwijzing door de directe omgeving van de cliënt. Op het niveau van de eerste lijn scoort de huisarts goed met 29,9% van de verwijzingen voor een afhankelijkheidsprobleem naar een centrum geestelijke gezondheidszorg (64% daarvan is alcoholverslaving, 7% medicatieverslaving en 17% illegale drugsverslaving (n=125). Voorts tellen nog de sociale diensten voor 9,7% verwijzingen van afhankelijkheidsproblematiek en 11% politie of gerecht (63% daarvan is illegale drugsverlaving, 21% alcoholverslaving en 16% andere). Vanuit de tweede lijn gaat het in Antwerpen ondermeer om 5,7% verwijzingen vanwege privé-psychiaters en om 4% vanwege andere centra geestelijke gezondheidszorg. Verwijzingen vanuit de derde lijn zijn algemene ziekenhuizen (2,3%), psychiatrische ziekenhuizen (7,5%). Verwijzingen vanuit therapeutische gemeenschappen (revalidatiesector inzake drughulpverlening = 0,6%).

Omgekeerd wordt in de meerderheid van de gevallen door de centra zelf in 15% van de gevallen verder verwezen. Indien wordt doorverwezen is dat in de meeste gevallen naar een derdelijnsinstelling (7,4% van de doorverwijzingen). Aangenomen wordt dat het hier vooral gaat om psychiatrische ziekenhuizen.

3.3.2 Provincie Vlaams Brabant

3.3.2.1 VISIE VANUIT DE PSYCHIATRISCHE SECTOR

De beschikbare alternatieven voor doorverwijzing en de toestand op het vlak van samenwerking ziet er als volgt uit.

Tabel 37: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de gekende doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Vlaams Brabant

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWERKING
algemene welzijnszorg	1	1	2	1
huisartsen	1	1	2	1
ambulante geestelijke gezondheidszorg	3		1	2
dagcentra voor drug-verslaafden	1	1	2	1
crisiscentra voor drug-verslaafden	1	1	2	1
algemeen ziekenhuis (PAAZ)		1	3	
psychiatrisch ziekenhuis	2		2	1
zelfhulp	1	1	2	1

Tweemaal werd de therapeutische gemeenschap als categorie toegevoegd, waarmee een positieve samenwerking bestaat. Een ander psychiatrisch ziekenhuis signaleert het gevaar van puur papieren samenwerkingsverbanden. Nog een ander psychiatrische ziekenhuis stelt dat de samenwerking teveel beperkt blijft tot medici met medici en psychosociale werkers met psychosociale werkers.

3.3.2.2 VISIE VANUIT DE REVALIDATIESECTOR

In De Spiegel kende men de laatste zes jaar opvallend veel aanmeldingen uit de provincie Antwerpen (46%,n=187). Daarna volgen Limburg (19,3%), Oost-Vlaanderen (15%), Brabant (11,8%) en West-Vlaanderen (8%).

De verwijzingen vanuit andere revalidatiecentra in drughulpverlening kwamen in de voorbije zes jaar van A.D.I.C. (42%, n=187), van diverse anderen (15,5%), vanuit justitie (13,9%), vanuit Kompas (11,8%), vanuit klinieken (9,6%), de Ark /CIC/De Sleutel (5,3%) en Katarsis (1,6%)[16].

De samenwerking in het Brusselse met andere voorzieningen is niet zo evident. Vooreerst is er de taalkwestie, waardoor sommige nederlandstaligen door toevallige samenloop van omstandigheden in de Fanse tegenhanger van De Spiegel terechtkomen. Voorts stelt men dat de samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg ook niet zo gunstig verloopt wegens een anti-residentiële behandelingsmentaliteit ten aanzien van drugverslaafden.

De drughulpverlening vormt een eigen sector waarin elke schakel moet aanwezig zijn om goed te functioneren. Om die reden wordt vanuit De Spiegel in het Brusselse gewerkt aan de uitbouw van een ambulant aanloopprogramma en een crisiscentrum. De samenwerking met het reeds aanwezige, doch nog niet erkende dagcentrum van De Sleutel te Brussel verloopt niet optimaal.

3.3.2.3 VISIE VANUIT DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Op het vlak van doorverwijzingsmogelijkheden in Vlaams Brabant en de ervaringen op het vlak van samenwerking wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 38: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Vlaams Brabant

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWERKING	GEEN ANTWOORD
algemene welzijnszorg	5	3	5	2	11
huisartsen	9	2	2	5	8
ambulante geest. gezondhz.	10	2	1	6	7
dagcentra voor drug-verslaafden	3	6	4	1	12
crisiscentra voor drug-verslaafden	2	8	3	1	11
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	8	2	3	2	11
psychiatrisch ziekenhuis	8	4	1	4	9
zelfhulp	1	8	3	1	10

16 Niet gepubliceerde cijfergegevens vanwege De Spiegel, 1995

Omgekeerd ten opzichte van de provincie Antwerpen blijkt in Vlaams Brabant de medische sector een belangrijke rol te spelen in het doorverwijzingsgebeuren in verband met illegale drugproblematiek. Het dagcentrum van de Sleutel te Brussel blijkt nog weinig geïntegreerd. Dit heeft wellicht te maken met zijn nog recente bestaan. Er is één centrum dat expliciet aangeeft te verwijzen naar een therapeutische gemeenschap. Enkel de zelfhulpgroepen blijken opvallend beperkt te zijn opgenomen in het rijtje van de doorverwijsmogelijkheden. Daar waar er doorverwezen wordt, blijkt de samenwerking positief. Eenmaal doorverwezen wordt er niet meer samengewerkt. Men blijft wel openstaan voor het geven van alle informatie. Dat geldt in elk geval ook voor de medische sector waar daarnet al naar werd verwezen. Eén centrum merkt nog op dat er eigenlijk een gespecialiseerde dienst ontbreekt in de onmiddellijke regio. Men verwijst dus door naar Brussel of naar Leuven; Dit centrum stelt wel dat bij hen weinig illegale druggebruikers komen aankloppen, omdat ze niet bekend staan als centrum met ervaring in de drughulpverlening.

De registratiegegevens 1993, alle leeftijden, voor Brabant en Brussel geven ons het volgende beeld in verband met verwijzing en doorverwijzing.

Tabel 39: Verwijzers naar de centra geestelijke gezondheidszorg in Vlaams-Brabant

	BRABANT	BRUSSEL	BRABANT	BRUSSEL	BEIDEN	
VERWEZEN DOOR	AANTAL		PROCENT		AANTAL	PROCENT
niet gecodeerd						
nulde lijn	33	83	19,0	29,7	116	25
eerste lijn	93	76	53,4	27,3	169	37
tweede lijn	17	14	9,7	5,0	31	6
derde lijn	29	105	16,7	37,8	134	29
ongekend	2	15	1,2	0,2	17	3
totaal	174	278	100,0	100,0	452	100

Deze verwijzers zijn nog afzonderlijk voor Brabant en voor Brussel uit te splitsen naar specifieke verwijzer. In Brabant komt 8% op eigen initiatief, in Brussel 15,1%. 9,2% in Brabant en 12,6% in Brussel komt op aanraden van iemand uit zijn directe omgeving naar het centrum geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de eerste lijn kan meer gespecifieerd worden voor de huisarts (29,9% in Brabant en 17,6% in Brussel), voor de sociale diensten (9,7% in Brabant en 2,2% in Brussel). Vanuit de tweede lijn zijn er in Brabant 5,7% van de afhankelijkheidsverwijzingen afkomstig van privé-psychiaters, dit is voor 1,1% het geval in Brussel. Andere centra geestelijke gezondheidszorg dragen in Brabant 4% van de verwijzingen bij, in Brussel 3,6%. Op de derde lijn zijn de belangrijkste verwijzers algemene ziekenhuizen (2,3% in Brabant, 10,1% in Brussel), PAAZ-diensten (geen in Brabant, maar 18% in Brussel) en psychiatrische ziekenhuizen (7,8% in Brabant en 2,9% in Brussel). In Brabant en Brussel zijn respectievelijk 0,6% en 1,4% van de verwijzingen afkomstig uit therapeutische gemeenschappen.

Omgekeerd wordt voor Brabant en Brussel vastgesteld dat weinig doorverwezen wordt vanuit de centra geestelijke gezondheidszorg zelf. In Brabant gebeurt dat in een kleine 20% van de gevallen (5,2% naar de eerstelijn, hetzelfde percentage naar de tweede lijn, 7,5% naar de derde lijn en van 2,9% is dit gegeven niet gekend). In Brussel gebeurt dit nog minder: minder dan 8% wordt verder verwezen. Een kleine 4 % gaat telkens naar tweede of derde lijn, de overige worden verwezen naar de eerste lijn.

3.3.3 Provincie Limburg

3.3.3.1 VISIE VANUIT DE PSYCHIATRISCHE SECTOR

Tabel 40: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de gekende doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Limburg

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWERKING
algemene welzijnszorg	2	1		2
huisartsen	1	2		1
ambulante geestelijke gezondheidszorg	3			2
dagcentra voor drug-verslaafden	1	2		1
crisiscentra voor drug-verslaafden		2	1	
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	3			3
psychiatrisch ziekenhuis	3			2
zelfhulp	2	1		1

In verband met de dagcentra druggebruikers wordt verwezen naar de kleine/beperkte bekendheid ervan in de regio.

3.3.3.2 VISIE VANUIT DE REVALIDATIESECTOR

Op het vlak van samenwerking wordt door Katarsis verwezen naar de samenwerkingsafspraak tussen de verschillende TG's in verband met behandelingstoerisme. De afspraak is dat nieuwe aanmelders, weggelopenen uit andere therapeutische programma's in principe moeten terugkeren naar de plaats vanwaar ze komen. Dit systeem functioneert goed.
Er is ook een goed contact met de geestelijke gezondheidszorg. Toch wordt bij elke aanvraag ook terplekke gekeken of het een cliënt is die in aanmerking komt voor behandeling in een therapeutische gemeenschap. In dit verband zijn vooral de ervaringen met het C.A.D.-Hasselt zeer goed. Er is ook samenwerking met de gevangenissen en met het justitieel welzijnswerk. Ingeval het om zware psychiatrische problematiek gaat, wordt geadviseerd zich te wenden tot de psychiatrie. Ook hier kan men in Limburg spreken van een positieve samenwerking.

3.3.3.3 VISIE VANUIT DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Tabel 41: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Limburg

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWER-KING	GEEN ANTWOORD
algemene welzijnszorg	4	5	4	1	12
huisartsen	5	4	4	1	12
ambulante geestelijke gezondheidszorg	10	1	2	6	7
dagcentra voor drug-verslaafden	2	6	5		12
crisiscentra voor drug-verslaafden	2	7	4		12
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	6	2	5		12
psychiatrisch ziekenhuis	8	3	2	3	9
zelfhulp	5	3	5	1	11

Hieruit blijkt dat het meest frequent wordt doorverwezen naar een centrum geestelijke gezondheidszorg. Het betreft hier steeds het CAD. Daarnaast blijken de psychiatrische ziekenhuizen in het Limburgse goed gekend voor wat de doorverwijsmogelijkheden betreft vanuit de centra geestelijke gezondheidszorg. Dagcentra en crisiscentra staan minder op de voorgrond. Binnen de onmiddellijke regio organiseert het CAD zelf dagactiviteiten voor de drugverslaafden. Op het vlak van samenwerking drukken 6 van de 10 centra zich positief uit. Ook wordt gesteld dat, eenmaal doorverwezen er geen of weinig samenwerking doorloopt.Tenslotte wordt er in verband met de samenwerking met de huisartsen op gewezen dat er pas een project 'methadonverstrekking' is gestart in overleg met de huisartsen in het Limburgse. Een ander centrum maakt attent op het feit dat de PAAZ-dienst van het algemeen ziekenhuis in de regio niet zeer happig zou zijn om illegale drugproblematiek op te nemen.

Deze commentaren kunnen ook in het licht worden gezien van de gegevens uit de registratie van 1993, alle leeftijden.

Tabel 42: Verwijzers naar de centra geestelijke gezondheidszorg in Limburg

VERWEZEN DOOR	AANTAL	PROCENT
niet gecodeerd		
nulde lijn	399	43,5
eerste lijn	295	32,1
tweede lijn	36	3,9
derde lijn	172	18,9
ongekend	15	1,6
totaal	917	100,0

Uit de verdere uitsplitsing blijkt dat het voor wat betreft de nulde lijn in 20,4% van de gevallen gaat om een eigen initiatief en in 17,0% van de gevallen om een aanraden van iemand uit de naaste omgeving. Voor de eerste lijn is het in 15,8% van de gevallen de huisarts die verwijst, in 6,8% van de gevallen een sociale dienst en in 3,4 % van de gevallen de politie of iemand van het gerecht. Vanuit de tweede lijn komt 1,7% van de verwijzingen van een privé-psychiater en 2% van een ander centrum geestelijke gezondheidszorg. Tenslotte zijn 1,4% van de

afhankelijkheidsverwijzingen afkomstig van een algemeen ziekenhuis, 5,1% van een PAAZ-dienst, 5,9 % van een psychiatrisch ziekenhuis en 1,5% van een therapeutische gemeenschap.

Omgekeerd wordt ook voor Limburg vastgesteld dat het aantal doorverwijzingen vanuit een centrum geestelijke gezondheidszorg beperkt is. 87% van de afhankelijkheidsproblematiek wordt niet verder verwezen. De overige doorverwijzingen gaan voornamelijk naar de derde lijn (6,6%).

3.3.4 Provincie Oost-Vlaanderen

3.3.4.1 VISIE VANUIT DE PSYCHIATRISCHE SECTOR

De kennis van, het gebruik van en de positieve samenwerking met, is als volgt verdeeld over de psychiatrische ziekenhuizen in Oost-Vlaanderen.

Tabel 43: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de gekende doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Oost-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWERKING
algemene welzijnszorg	4	3	3	3
huisartsen	1	5	4	1
ambulante geestelijke gezondheidszorg	4	2	4	2
dagcentra voor drug-verslaafden	4	3	3	2
crisiscentra voor drug-verslaafden	4	3	3	3
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	3	3	4	2
psychiatrisch ziekenhuis	6	2	3	1
zelfhulp	1	6	4	1

Met betrekking tot die samenwerking merkt één psychiatrisch ziekenhuis op dat dit betrekking heeft op verwijzing zowel voor als na opname. In verband met de verwijzing na opname wordt ter informatie toegevoegd dat "het bekend is dat ongeveer 20% van de opgenomen illegale druggebruikers op een niet normale wijze het psychiatrisch ziekenhuis verlaat. Wat daarna met hen gebeurt weet men niet. Voorts brengt één psychiatrisch ziekenhuis te berde dat de drempel tot opname in een crisiscentrum de laatste tijd grondig is verhoogd.

Op de vraag of de illegale drugverslaafden ook in het psychiatrisch ziekenhuis worden behandeld, antwoorden 9 psychiatrische ziekenhuizen ja en één antwoordt neen.

3.3.4.2 VISIE VANUIT DE REVALIDATIESECTOR

De diverse opname-aanvragen in De Kiem zijn vooral afkomstig van de druggebruikers zelf. tweederde van die aanvragen gebeuren van uit de gevangenis. 27% van de aanvragen komen vanwege justitie. Weinige daarvan resulteren uiteindelijk in een opname. 14% is afkomstig van familie en vrienden en 14,5% is afkomstig vanuit de professionele hulpverlening (OCMW, huisarts, opvangcentrum, ...); procentueel worden weinig aanvragen tot opname geregistreerd vanuit de andere revalidatiecentra. Deze doorverwijzingen zijn wel gerichter en resulteren meer in een effectieve opname.

In de TG De Sleutel zijn zo goed als de helft van de opnames afkomstig van verwijzingen vanuit de derde lijn zelf: residentiële crisiscentra. Vanuit de eerste lijn komen geen rechtstreekse verwijzingen naar de drugvrije TG.

In verband met verwijzingen naar het CIC De Sleutel komt 42% van de opnames vanuit de mantelzorg, met andere woorden: eigen initiatief of familie en/of vrienden. 30% wordt verwezen vanuit de tweede lijn; 19% wordt verwezen vanuit het derde echelon en slechts 9% vanuit de eerste lijn. De grootste verwijzende sector is de sociale sector (42%). De juridische sector is verantwoordelijk voor 5% van de verwijzingen en de medische sector voor 12%. 47% van de opgenomenen verlaat het CIC tegen advies. 15% wordt buitengezet wegens het zich niet houden aan de afspraken. 38% verlaat het CIC met advies. Daarvan wordt 10% verwezen naar ambulante drughulpverlening, 13,5% naar de TG De Sleutel. De rest wordt verwezen naar andere TG's, naar andere kortdurende therapeutische programma's en naar psychiatrische ziekenhuizen.

In de psychotherapeutische gemeenschap Ovaal is 57% van de opgenomenen afkomstig van het derde echelon, 31% is afkomstig van het tweede echelon en 10% van de mantelzorg. 48% van de verwijzingen komen uit de juridische sector, 26% uit de medische sector en 19% uit de sociale. 33% van de cliënten gaat weg tegen advies, 10% met advies, 23% wordt buitengezet en 35% was nog opgenomen bij de afsluiting van de registratie.

In het dagcentrum Gent gebeurt 65% van de aanvragen door de gebruikers zelf. 18% wordt aangemeld door een professionele verwijzer en bij 15% van de aanmeldingen neemt de familie van de gebruiker als eerste contact. Het aandeel professionele verwijzers is fel gedaald.

In de regio Oost-Vlaanderen bestaat er geen overleg op het niveau van behandeling van drugverslaafden (cfr. SODA in Antwerpen). Gezien de recente ontwikkelingen (oprichting nieuwe centra) wordt dit als een noodzakelijke prioriteit beschouwd.

3.3.4.3 VISIE VANUIT DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de huidige situatie op het vlak van doorverwijzingsmogelijkheden in Oost-Vlaanderen.

Tabel 44: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in Oost-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWER-KING	GEEN ANTWOORD
algemene welzijnszorg	7	4	7	5	13
huisartsen	8	2	8	5	13
ambulante geestelijke gezondheidszorg	13	2	3	9	9
dagcentra voor drug-verslaafden	10	3	5	4	14
crisiscentra voor drug-verslaafden	6	3	9	3	15
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	7	3	8	3	15
psychiatrisch ziekenhuis	15	2	1	10	8
zelfhulp	4	5	8	2	15

Naar de psychiatrie wordt in één geval enkel telefonisch doorverwezen. Eén centrum maakt attent op het feit dat dagcentra, crisiscentrum en psychiatrisch ziekenhuis niet onmiddellijk beschikbaar zijn in de regio. Als Gent tot de regio behoort zijn er wel heel wat verwijzingsmogelijkheden. Soms is de bereidheid ook groter indien men zich buiten de regio moet verplaatsen. Globaal genomen wordt de samenwerking in Oost-Vlaanderen als positief ervaren. De opmerking werd ook gemaakt dat er teveel nieuwe en ongecoördineerde initiatieven zijn en dat er een te grote concurrentiële opstelling leeft tussen de verschillende sectoren.

De registratiegegevens van 1993, alle leeftijden, van Oost-Vlaanderen zeggen daar het volgende over.

Tabel 45: Verwijzers naar de centra geestelijke gezondheidszorg in Oost-Vlaanderen

VERWEZEN DOOR	AANTAL	PROCENT
niet gecodeerd	1	0,1
nulde lijn	315	35,7
eerste lijn	326	37,0
tweede lijn	53	6,0
derde lijn	184	20,9
ongekend	3	0,3
totaal	882	100,0

Uitgesplitst naar een aantal voorzieningen dat deel uitmaakt van elke lijn wordt een aanvullend beeld verkregen. Zo blijkt ook in Oost-Vlaanderen een relatief aantal cliënten met een afhankelijkheidsprobleem op eigen initiatief naar het centrum geestelijke gezondheidszorg te komen, met name 13,4%. Iets meer cliënten komt op aanraden van iemand uit zijn onmiddellijke omgeving. 19% wordt doorverwezen door de huisarts, 4% door sociale diensten en 6,3% door politie of door iemand van het gerechtelijk apparaat. Deze laatste verwijzer speelt in Oost-Vlaanderen een belangrijker rol dan in Brussel en Limburg, maar een minder belangrijke rol dan in Antwerpen, Brabant en West-Vlaanderen. Vanuit de tweede lijn wordt in 2,5% van de gevallen verwezen door een privé-psychiater en in 2,8% van de gevallen door een ander centrum geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de derde lijn zijn het voornamelijk de psychiatrische ziekenhuizen die een belangrijke rol spelen: zij staan in voor 12,8% van de verwijzingen naar een centrum geestelijke gezondheidszorg. Algemene ziekenhuizen staan in voor 1,4% van de verwijzingen en PAAZ-diensten voor 2,8%. 1,1% van de verwijzingen zijn afkomstig van therapeutische gemeenschappen.

Omgekeerd wordt in Oost-Vlaanderen nog geen 10% van de cliënten inzake afhankelijkheidsproblematiek verder doorverwezen naar een andere voorziening. 0,2% wordt verwezen naar de nulde lijn, 2,4% wordt verwezen naar de eerste lijn, 1% naar de tweede lijn en 6,1% naar de derde lijn. Ook hier kan men aannemen dat deze laatste groep vooral psychiatrische ziekenhuizen zijn.

3.3.5 Provincie West-Vlaanderen

3.3.5.1 VISIE VANUIT DE PSYCHIATRISCHE SECTOR

De psychiatrische ziekenhuizen verwijzen naar revalidatiecentra inzake drughulpverlening en verstrekken daarover de nodige informatie. De centra waarvan sprake is:

Tabel 46: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de gekende doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen in West-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWERKING
algemene welzijnszorg	3			2
huisartsen	1	2		
ambulante geestelijke gezondheidszorg	1	1	1	
dagcentra voor drug-verslaafden	1	1	1	1
crisiscentra voor drug-verslaafden	2	1		2
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	2			1
psychiatrisch ziekenhuis	1	2		
zelfhulp		3		

In verband met de samenwerking met de revalidatiecentra voor illegale drughulpverlening wordt verwezen naar het dagcentrum van De Sleutel te Brugge en naar het crisiscentrum en de therapeutische gemeenschap Kompas in Kortrijk. Er is sprake van een frequente en vlotte samenwerking die wederzijds tot voldoening leidt.

In twee van de drie psychiatrische ziekenhuizen die antwoordden, wordt gesteld dat illegale drugverslaafden er niet behandeld worden. In het enige overblijvende psychiatrische ziekenhuis wordt de behandeling beperkt tot de lichamelijke ontwenning. De optie leeft evenwel om ook dezen niét op te nemen.

3.3.5.2 VISIE VANUIT DE REVALIDATIESECTOR

Vroeger was er binnen Kompas heel wat samenwerking met het gerecht. De ultieme impuls tot oprichting van een revalidatiecentrum inzake drughulpverlening was er in oorsprong overigens vanuit gerechtelijke vraag. De psychiatrische ziekenhuizen bleken liever niet met dat doelpubliek te maken te hebben. Later is die band met het gerecht wat verminderd, hoewel er steeds afspraken met justitie gebleven zijn. De samenwerking met andere centra verloopt doorgaans soepel. Wel zou dit wat beter kunnen met de psychiatrische sector. Enkel met één psychiatrisch ziekenhuis blijkt er een goede communicatie te zijn. Vanuit het Westvlaams Coördinatiecomité voor Alcohol- en andere Drugproblemen (WCAD) is men recentelijk gestart met een contactgroep van instellingen die residentiële opvang bieden.

Voor wat het aspect samenwerking en doorverwijzingsaspecten betreft in het dagcentrum te Brugge, kan men stellen dat de aanvragen in het dagcentrum in de meeste gevallen gebeuren door de druggebruikers zelf, met name in 39% van de gevallen. In 24% van de gevallen is het de familie, meestal de ouders die als eerste contact opneemt. De professionele verwijzers

nemen in Brugge evenwel 30% van de aanvragen voor hun rekening, wat opmerkelijk hoger is dan in de dagcentra van de andere steden.

3.3.5.3 *VISIE VANUIT DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG*

Op de vraag welke de doorverwijzingsalternatieven zijn en welke de samenwerkingsrelatie met dezen is, komt volgende verdeling als antwoord.

Tabel 47: Verdeling van de Centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de Doorverwijsmogelijkheden en de aard van de samenwerking met deze voorzieningen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD	POSITIEVE SAMENWER-KING	GEEN ANTWOORD
algemene welzijnszorg	3	3	3	2	7
huisartsen	4	3	2	3	6
ambulante geestelijke gezondheidszorg	2	4	3	1	8
dagcentra voor drug-verslaafden	6	3		3	6
crisiscentra voor drug-verslaafden	2	5	2	1	8
algemeen ziekenhuis (PAAZ)	7	2		3	6
psychiatrisch ziekenhuis	5	4		3	6
zelfhulp		6	3		9

Een centrum legt verder uit dat de ambulante behandeling van een drugverslaafde echt wel moeilijk is. Er is duidelijk sprake van een te beperkte therapietrouw en deze mensen hebben over het algemeen een chaotische levensstijl. Behandeling van drugverslaafden vraagt dan ook een aangepaste strategie. Er is slechts één initiatief in de streek die die mogelijkheid/heden kan bieden (Kompas). Daarom heeft verwijzen naar de eerste lijn of naar de niet-gespecialiseerde drughulpverlening eigenlijk weinig zin. Een ander centrum geeft aan dat de verdere intake voor eventuele residentiële behandeling gebeurt via het dagcentrum voor drugverslaafden. Met één algemeen ziekenhuis werd uiteindelijk na veel aandringen en persoonlijke contacten een regeling getroffen. Bovendien is er een crisiscentrum in de provincie, met name Kompas in Kortrijk.

De registratiegegevens 1993, alle leeftijden, geven voor West-Vlaanderen het volgende beeld.

Tabel 48: Verwijzers naar de centra geestelijke gezondheidszorg in West-Vlaanderen

VERWEZEN DOOR	AANTAL	PROCENT
niet gecodeerd		
nulde lijn	114	37,9
eerste lijn	120	39,9
tweede lijn	13	4,3
derde lijn	52	17,3
ongekend	2	0,6
totaal	301	100,0

Voorts is 15% van deze verwijzingen een zaak van eigen initiatief, 13,3% een aanrader vanuit de directe omgeving. De eerste lijn speelt een rol in de afhankelijkheidsverwijzingen van 13,6% vanwege de huisarts, 12% vanwege een sociale dienst, 9% vanwege het gerecht of de politie. Voor de tweede lijn gaat het in 1,7% van de gevallen om een verwijzing vanwege een privé-psychiater en in hetzelfde aandeel gevallen om een verwijzing vanuit een ander centrum

geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de derde lijn zijn het opnieuw de psychiatrische ziekenhuizen die het hoogst scoren als verwijzer met 7%, vervolgens de PAAZ-diensten met 2,7% en de algemene ziekenhuizen met 2,3%.

Omgekeerd wordt er ook in West-Vlaanderen weinig verwezen vanuit de centra geestelijke gezondheidszorg zelf in verband met afhankelijkheidsproblematiek. 87,7% wordt niet verder verwezen, 2,7% wordt verwezen naar de eerste lijn, 9% naar de derde lijn.

3.3.6 Visie vanuit de welzijnssector

Binnen de welzijnssector werden de uitspraken inzake doorverwijzing en samenwerking niet afzonderlijk per provincie vergaard. Hoger werd al aangegeven dat de welzijnssector zich situeert in het "middenveld tussen aan de ene kant de zeer algemene preventiecampagnes en aan de andere kant de gespecialiseerde behandeling van verslaafden". Daarnaast werd aan de ambulante polyvalente centra een specifieke opdracht toegewezen inzake verslavingsproblematiek. Met name wordt hen opgedragen de hulpverlening te organiseren in verband met problemen die ontstaan door verslaving. Precies in verband met deze opdracht leek het aangewezen op regionale basis afspraken te maken, teneinde te komen tot complementaire specialisaties van centra. Men pleit voor één zo'n centrum per ROSI-gebied. Een ROSI-gebied is precies zo'n regionaal overleg- en samenwerkingsinitiatief. Eén vereiste is alvast de samenwerking met residentiële centra. Samenwerkingsafspraken dienen overigens te worden gemaakt met de gespecialiseerde preventiewerkers, behandelingscentra en dienen te worden afgestemd op het justitieel en politioneel beleid. Vanuit de algemene opvangcentra wordt sowieso al vaak beroep gedaan op de medewerking van centra geestelijke gezondheidszorg, centra voor levens- en gezinsvragen en psychiatrische ziekenhuizen en/of diensten.

Meer dan de helft van niet-opnamevragen kunnen doorgaans ambulant worden opgelost. Daarvoor wordt dan doorverwezen naar CMW, CLG, Justitieel Welzijnswerk en JIAC's. Ook het forensisch welzijnswerk wordt hier soms ingeschakeld. Vanuit de typische vrouwencentra wordt naast de CGG en de CLG's ook wel eens doorverwezen naar diensten of instellingen van Kind en Gezin.

De residentiële opvang voor jongvolwassenen vindt vooral aansluiting bij werkvormen van algemeen welzijnswerk die zich richten tot jong-volwassenen: JIAC en Begeleid Zelfstandig Wonen. De verwijzing gebeurt echter ook naar CGG, CLG en CMW.

Tenslotte noteren we nog het Beschut Wonen voor thuislozen dat in de Sociale Verhuurkantoren een bevoorrechte samenwerkingspartner ziet.

Ook tussen de Vereniging van Vlaamse steden en gemeenten, afdeling maatschappelijk welzijn werd een protocol uitgewerkt dat de samenwerking moet bevorderen inzake de minimum dienstverlening door OCMW's ten aanzien van personen die verblijven in onthaaltehuizen.

Al deze samenwerkingsinitiatieven gelden voor het geheel van de hulpverlening in deze sector en niet alleen voor problemen inzake drugs.

3.4 Aantal voorzieningen, samenwerking en doorverwijzing: bespreking

In de **provincie Antwerpen** zijn er qua residentiële opvangmogelijkheden voor verslavingsproblematiek zes psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit[17] van 2888 bedden, één residentieel revalidatiecentrum inzake drugverslaving met een beddencapaciteit van 15, drieëndertig onthaalcentra voor thuislozenzorg, waarvan drie centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen, met een totale beddencapaciteit van 606.

In de psychiatrische sector evenwel wordt het volgende vastgesteld i.v.m. verslavingsproblematiek: op één na worden alle psychiatrische ziekenhuizen geconfronteerd met verslavingsproblemen waaronder illegale drugs. Op jaarbasis blijkt het aantal opnames en/of behandelingen inzake verslaving beperkt. Eén psychiatrisch ziekenhuis illustreerde dit met een totaal van 120 opnames op jaarbasis voor verslavingsproblemen algemeen, waarvoor 1/6 van die opnames beperkt blijft tot minder dan 5 dagen. De overige opnames duren langer. 1 op 30 van deze langdurende opnames hebben betrekking op een probleem van illegale drugs.

In de onthaalcentra wordt aangegeven dat de opvang van verslaafden verder problematisch verloopt. Daartegenover blijken er vanuit de psychiatrische sector positieve ervaringen te zijn op het vlak van samenwerking en doorverwijzing. Met name wordt dan verwezen naar:
- het residentieel revalidatiecentrum ADIC (krisiscentrum)
- het ambulant revalidatiecentrum 'Dagcentrum De Sleutel'
- de algemene welzijnszorg, met name Free Clinic
- de ambulante CGG, met name Altox

Ook ten aanzien van de PAAZ-dienst in een algemeen ziekenhuis wordt een gunstig beeld opgehangen, evenals ten aanzien van een ander psychiatrisch ziekenhuis. Voor de eerstgenoemde gaat de verwijzing dan naar het Stuivenberg-ziekenhuis.

We stellen wel vast dat al deze doorverwijsmogelijkheden zich situeren in de stad Antwerpen zelf. Eén uitzondering wordt genoteerd met het dagcentrum van de Sleutel te Mechelen.

Qua ambulante opvangmogelijkheden beschikt de provincie over volgende capaciteit:
- 21 centra geestelijke gezondheidszorg
- 2 dagcentra (revalidatie inzake drughulpverlening)
- meerdere soorten centra algemeen welzijnswerk

Van deze centra geestelijke gezondheidszorg zijn er 17 die reageerden op een beperkte bevraging. Samen behandelen deze laatsten zowat 9205 patiënten op jaarbasis. Op één na geven al deze centra aan met verslavingsproblematiek te maken te krijgen. De mate waarin zij ermee te maken krijgen, kon worden afgeleid uit de registratiegegevens van 1993. Het gaat om 7,1% van de aanmeldingsproblemen. Van dit aantal (n=763) gaat het in 54,7% van de gevallen om alcoholverslaving, in 6,8% van de gevallen om medicatieverslaving en in 24,1% van de gevallen om illegale drugsproblematiek. De rest van de afhankelijkheidsproblematiek die wordt aangemeld is ofwel 'vluchtig middel', of voedsel. Samen maken deze laatstgenoemde nauwelijks 1% uit van het totaal aantal aanmeldingsklachten (n=10807). Voorts wordt 14,2% van de afhankelijkheidsproblemen niet nader gespecifieerd (NNG).

Men geeft dan wel weer aan goed samen te werken en/of door te verwijzen naar de residentiële voorzieningen. Met name en in die volgorde: het crisiscentrum (ADIC) en de psychiatrische ziekenhuizen. Qua ambulante doorverwijsmogelijkheen wordt verwezen naar het dagcentrum (ambulante revalidatie inzake drugs), maar ook naar algemene welzijnszorg (Free Clinic) en naar een ander centrum geestelijke gezondheidszorg (Altox).

---

[17] Wanneer hier over totale beddencapaciteit wordt gesproken worden enkel A en T bedden bedoeld. De PVT en de Tg bedden, evenmin als de Beschut Wonen bedden zijn daar niet bij gerekend.

Uit de registratiegegevens kon een en ander worden vastgesteld in verband met verwijzing en doorverwijzing. Het grootste aandeel van afhankelijkheidsproblematiek wordt in de provincie Antwerpen verwezen door de eerstelijn. Dit zijn vooral huisartsen. Daarop volgen nulde lijn en derde lijn als belangrijkste verwijzers. Door de CGG zelf wordt in 15% van de gevallen verder verwezen. In de meeste gevallen gaat het dan om een verwijzing naar een derdelijnsinstelling. In de overige gevallen (85%) kan het gaan om cliënten die in behandeling blijven of nog zijn op het moment van de afsluiting van de regsitratie, of om cliënten die men niet meer terug zag komen.

In het Antwerpse worden weinig klachten gesignaleerd van een tekort aan residentiële opvang van drugverslaafden. Er is wel een probleem van tijdelijke plaatsing van dezen die een programma willen volgen maar een beperkte wachttijd moeten doorlopen. Er zou ook een probleem zijn van residentiële en/of ambulante nazorg. Dit hangt ondermeer samen met de specifieke aard van het cliënteel in de verslavingsproblematiek en hun typische sociale context.

In de **provincie Vlaams Brabant** zijn er volgende residentiële voorzieningen met potentiële opvangmogelijkheden voor verslavingsproblematiek, tien psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit van 1642, één residentieel revalidatiecentruim inzake drugverslaving met een beddencapaciteit van 13, veertien onthaalcentra voor thuislozenzorg -waarvan 2 centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen- met een totale beddencapaciteit van 373.

Inzake verslavingsproblematiek is de toestand bij de psychiatrische ziekenhuizen de volgende. Van zeven psychiatrische ziekenhuizen die reageerden op de vragenlijst blijken er vier met verslavingsproblematiek te maken te hebben. Eén psychiatrisch ziekenhuis zou enkel overgaan tot opname ingeval het om een beschermingsmaatregel gaat. Het zou nogal eens gaan om crisisopnames. Men gaat na of de vraag naar opname wel degelijk van de patiënt zelf uitgaat en de duur van de opname ligt dan niet vast, maar hangt samen met de eraan verbonden problematiek. Qua aantal blijken de opnames voor verslavingsproblematiek relatief beperkt: het aantal voorziene bedden voor crisisopname is immers in één psychiatrisch ziekenhuis niet meer dat twee. Een ander psychiatrisch ziekenhuis verwijst negen van de tien gevallen.

De ervaringen op het vlak van samenwerking en doorverwijzingsmogelijkheden liggen in deze provincie dan weer het gunstigst bij de ambulante centra geestelijke gezondheidszorg. Er zouden ook onderlinge doorverwijsmogelijkheden zijn tussen de psychiatrische ziekenhuizen. De andere voorzieningen worden telkens eenmaal vermeld met een positieve ervaring.

Qua ambulante opvangmogelijkheden beschikt de provincie Vlaams Brabant over volgende capaciteit:
- 18 centra geestelijke gezondheidszorg
- 1 dagcentrum (revalidatie inzake drughulpverlening)
- meerdere soorten centra algemeen welzijnswerk

Van de centra geestelijke gezondheidszorg zijn er 13 die reageerden op de beperkte bevraging. Samen behandelen ze zowat 4428 patiënten op jaarbasis. 11 van deze centra hebben te maken met afhankelijkheidsproblematiek. De mate waarmee zij ermee te maken krijgen is volgens de registratiegegevens als volgt: 6,8% van de in het totaal 6638 cliënten (Brabant en Brussel samen) komen met een klacht inzake afhankelijkheid. Worden de cijfers evenwel afzonderlijk voor Brabant en Brussel gegeven, dan blijkt dat de grootste concentratie verslavingsproblematiek moet worden toegeschreven aan de centra geestelijke gezondheidszorg van Brussel (10,8% van de 2572 aanmeldingen). Het aandeel alcohol, illegale drugs en medicatie is respectievelijk voor Brabant en Brussel samen 60%, 21% en 4% (n=452).

Op het vlak van samenwerking en/of doorverwijzingsmogelijkheden wordt vooral een gunstige interne onderlinge verwijzing tussen de CGG vastgesteld. Daarnaast is de samenwerking ook positief met huisartsen en psychiatrische ziekenhuizen, in mindere mate met PAAZ-diensten en algemene welzijnszorg. Uit de registratiegegevens 1993 blijkt volgend patroon van verwijzingen en doorverwijzingen ingeval van verslavingsproblematiek zich voor te doen:

Voor de ganse provincie (Vlaams Brabant, inclusief Brussel) geldt eveneens dat het grootste aandeel verwijzingen afkomstig is van de eerste lijn. Uitgesplitst (Brabant en Brussel) blijkt de eerste lijn voor Vlaams Brabant het belangrijkst, voor Brussel is het de nulde lijn én de eerste lijn. Ook hier geldt dat de huisarts op het niveau van de eerste lijn de belangrijkste verwijzer is. Door de CGG van Brabant, inclusief Brussel wordt in een kleine 20% van de gevallen verder verwezen. Ingeval van verwijzing vanuit de CGG speelt de derde lijn de belangrijkste rol.

In de provincie Vlaams Brabant zou de onderlinge samenwerking tussen de verschillende voorzieningen op het vlak van drughulpverlening niet zo gunstig verlopen. Deels kan dit worden toegeschreven aan taalproblemen in en rond Brussel. Althans binnen Brussel vraagt men zich af of verslavingsproblematiek zich niet veeleer onder franstaligen manifesteert. Daarnaast is men voor doorverwijzing via politiediensten vaak afhankelijk van de taalgroep waartoe deze laatste behoort. Een tweetalige drugverslaafde opgepakt door een franstalige politie zou bijvoorbeeld automatisch in een Frans centrum belanden.

In de **provincie Limburg** zijn er qua residentiële voorzieningen vier psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapaciteit van 1269 bedden, er is één residentieel revalidatiecentrum inzake verslavingsproblematiek met een opnamecapaciteit van 13 bewoners en er zijn 14 residentiële centra voor thuislozenzorg met plaats voor 302 personen. Twee van deze centra zijn voor begeleid wonen van jongvolwassenen.

In de psychiatrische ziekenhuizen gaven 3 ziekenhuizen die reageerden op de beknopte vragenlijst aan dat ze allemaal te maken krijgen met verslavingsproblemen, waaronder illegale drugs. De verhouding van het aantal directe opnames ten opzichte van het aantal verslavingsproblemen dat ook effectief verder behandeld wordt, evolueerde van 3 crisisopnames op één effectieve behandeling anno 1991, naar 5 crisisopnames op 1 effectieve behandeling. Het absoluut gemiddeld aantak crisisopnames op jaarbasis evolueerde van 60 naar bijna 90. Het absoluut gemiddeld aantal effectief behandelden voor verslavingsproblematiek bleef constant op ongeveer 20 opnames. Bij één psychiatrisch ziekenhuis gaat het in dit laatste geval ook alleen maar om gedwongen opnames. Ook voor Limburg kan men bijgevolg stellen dat op een totale beddencapaciteit van 1269 bedden het aandeel verslavingsproblematiek relatief beperkt blijft. Ze is nochtans duidelijk groter dan in de provincie Antwerpen. In het totaal gaat het voor de drie psychiatrische ziekenhuizen die reageerden om een 265 crisisopnames en een kleine 80 effectieve behandelingen van verslavingsproblematiek op jaarbasis.

De situatie op het vlak van samenwerking en doorverwijzing vanuit de psychiatrische sector is in Limburg de volgende. Er is een zeer positieve samenwerking respectievelijk met de PAAZ-diensten in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ook de algemene welzijnssector en de zelfhulpgroepen blijken goed geïntegreerd. Dat is minder het geval ten aanzien van huisartsen en van dagcentra.[18]

Qua ambulante voorzieningen voor opvang van verslavingsproblematiek is de situatie in Limburg vergelijkbaar. In Limburg zijn er 12 erkende CGG en één niet erkend centrum[19]. Samen staan zij in voor de behandeling van 7967 patiënten. Er is geen ambulant revalidatiecentrum voor drugverslaafden. Daarnaast zijn er wel diverse ambulante welzijnsvoorzieningen. Alle CGG-ook het niet-erkende- reageerden op de beperkte vragenlijst. Ze hebben allemaal te maken met verslavingsproblematiek, zij het niet allen in dezelfde mate. De registratiegegevens duiden op 11,5% (n=7967) problemen in verband met afhankelijkheid. Van deze 11,5% gaat het in 39,2% van de gevallen om een probleem van alcoholverslaving, in 44,8% om een probleem van illegale drugs en in 8,6% van de gevallen om medicatieverslaving. Voor de provincie Limburg kan men stellen dat ongeveer de helft van de verslavingsproblemen problemen zijn met drugs. Ook wijst men in de beknopte bevraging op een evolutie in de verhouding verslavingsproblematiek in het algemeen ten opzichte van

---

[18] Dit heeft wellicht te maken met de afwezigheid van een ambulant revalidatiecentrum inzake drughulpverlening in Limburg. Deze taak wordt in grote lijnen opgenomen door het cggz CAD-Hasselt.

[19] Het gaat hier om het Medisch Opvoedkundig Bureau te Hasselt, dat niet afzonderlijk als cggz erkend is, maar wel als aparte entiteit de vragenlijst beantwoordde en gegevens levert voor de registratie bij de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg. Voor het onderzoek werden de adressen gerecruteerd bij de VVGG.

illegale drugs. Die zou tussen 1991 en 1994 wel veranderd zijn. Er is tussen 1991 en 1994 een duidelijke toename waar te nemen van die illegale drugproblematiek.

De interne samenwerking tussen de verschillende centra geestelijke gezondheidszorg is groot. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het in wezen in verband met verslavingsproblematiek doorgaans gaat om het CAD te Hasselt dat zich hierin specialiseert. Daarnaast worden ook positieve ervaringen gesignaleerd met de psychiatrische ziekenhuizen in de provincie. Doorverwijzingsmogelijkheden zijn eveneens: PAAZ-diensten van algemene ziekenhuizen, huisartsen, zelfhulpgroepen en centra voor algemene welzijnszorg. Naar dagcentra voor drugverslaafden en/of naar een crisiscentrum voor drugverslaafden wordt minder doorverwezen.[20]

De registratiegegevens 1993, alle leeftijden, geven volgend beeld in verband met samenwerking en doorverwijzing in de centra geestelijke gezondheidszorg van de provincie Limburg. 43,5% van de verwijzingen in verband met afhankelijkheidsproblematiek in Limburg zijn afkomstig van de nulde lijn. Met name gaat het dan om een eigen initiatief of een aanraden vanuit de directe omgeving. Na de nulde lijn vormen de eerste en de derde lijn de belangrijkste verwijzers. Ook in Limburg wordt in verband met afhakelijkheidsproblematiek in de meeste gevallen niet verwezen. Dit betekent dat men de problemen zelf aanpakt en/of de behandeling nog niet afgelopen was op het moment dat de registratie werd afgesloten. In sommige gevallen gaat het ook om cliënten die niet meer terugkwamen. Degenen die wél worden doorverwezen gaan meestal naar de derde lijn.

In de **provincie Oost-Vlaanderen** situeren zich 13 psychiatrische ziekenhuizen met een totale beddencapateit van 2340. Voorts zijn er 30 erkende plaatsen in twee drugvrije therapeutische gemeenschappen, 15 niet-erkende bedden in een psychotherapeutische gemeenschap en 12 erkende in een crisiscentrum. Voorts zijn er 19 centra voor thuislozenzorg met een capaciteit van 374 plaatsen. Twee van deze centra zijn centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen.

In de psychiatrische ziekenhuissector worden alle 10 ziekenhuizen die meewerkten aan de beknopte bevraging geconfronteerd met verslavingsproblematiek, inclusief illegale drugs met uitzondering van één psychiatrisch ziekenhuis.

De verhouding opnames voor illegale drugverslaafden enkel crisis en/of ook behandeling blijkt in één psychiatrisch ziekenhuis ongeveer de helft. In andere psychiatrische ziekenhuizen wordt dat onderscheid niet gemaakt. Het totaal aantal behandelden voor illegale drugverslaving (+ van één ziekenhuis alle verslavingsproblemen) voor 1994 in 4 ziekenhuizen was 145 patiënten.

De ervaringen op het vlak van samenwerking en doorverwijzingsmogelijkheden zijn gunstig ten aanzien van zowat alle voorzieningen. Hoewel ook vaak wordt doorverwezen naar andere psychiatrische ziekenhuizen, ligt de ervaring daar minder gunstig. Daarentegen is de ervaring vooral gunstig ten aanzien van het crisiscentrum en de algemene welzijnszorg. De samenwerking naar CGG toe en/of naar het dagcentrum toe van de Sleutel en de ervaringen terzake zijn vrijwel dezelfde. Huisartsen en zelfhulpgroepen komen nauwelijks aan bod in de doorverwijzingsmogelijkheden vanuit de psychiatrische ziekenhuizen. Een belangrijk gesignaleerd probleem vanuit een psychiatrische ziekenhuis is ondermeer dat één vijfde van de opgenomen illegale druggebruikers het psychiatrische ziekenhuis oneigenlijk verlaat.

Qua ambulante opvangmogelijkheden in Oost-Vlaanderen zijn volgende voorzieningen beschikbaar. Er zijn 21 centra ggz, er is één dagcentrum voor druggebruikers te Gent en er zijn meerdere ambulante centra uit de welzijnssector. Van de CGG zijn er 18 die reageerden op de beknopte vragenlijst. 17 van deze behandelen alcohol en medicatie, 16 ook illegale drugproblematiek, evenwel niet in dezelfde mate. Het gaat in 7,6% van de gevallen om een verslavingsprobleem. 62% daarvan verwijzen naar afhankelijkheid van alcohol, 18,4% naar afhankelijkheid van illegale drugs en 7,4% naar medicatieverslaving. Via onze beknopte

[20] zelfde opmerking als hoger. In Limburg is wel een revalidatiecentrum drughulpverlening gevestigd dat een langdurend behandelingsprogramma aanbiedt. Hiermee bestaan ook gunstige ervaringen binnen de provincie.

bevraging was die verhouding moeilijk te reconstrueren. Wel werd door 7 centra gedacht dat de illegale drugsproblematiek zich als 1 op 2 verhoudt ten opzichte van andere afhankelijkheidsproblemen. We mogen aannemen dat dit wellicht samenhangt met de specificiteit van deze centra geestelijke gezondheidszorg.

Op het vlak van samenwerking en doorverwijzingsmogelijkheden vanuit de CGG wordt er met positieve ervaringen frequent verwezen naar psychiatrische ziekenhuizen, naar andere ambulante CGG en naar het dagcentrum voor drugverslaafden. De doorverwijzing naar andere ambulante CGG slaat in het Gentse doorgaans op het CAT. Ook naar de huisartsen, algemene welzijnssector en PAAZ-diensten van algemene ziekenhuizen kan vlot verwezen worden. Globaal genomen is de ervaring op het vlak van samenwerking gunstig, maar worden sommige concurrentiële ingesteldheden betreurd.

Uit de registratiegegevens 1993, alle leeftijden, komt volgend beeld inzake samenwerking en doorverwijzing naar voren. 37% van de afhankelijkheidsproblematiek is afkomstig van de eerstelijn (vooral huisartsen), bijna 36% van de nulde lijn (vooral eigen initiatief). Nog eens 21% wordt verwezen door de derdelijn. Hier zijn het de psychiatrische ziekenhuizen die een belangrijke rol in de derdelijnsverwijzingen spelen. Ook in Oost-Vlaanderen wordt niet meer dan 10% van de cliënten inzake afhankelijkheidsproblematiek vanuit de CGG verder doorverwezen. In dat geval gaat het ook in de meeste gevallen om verwijzingen naar psychiatrische ziekenhuizen. Eerste en nulde lijn spelen de belangrijkste rol als verwijzers inzake afhankelijkheidsproblematiek. Voor de nulde lijn zijn eigen initiatief en aanraden uit de directe omgeving belangrijk. Voor de eerste lijn zijn huisartsen en sociale diensten belangrijke verwijzers. Ook de derde lijn speelt een rol in 17,3% van de gevallen. Ook in Oost-Vlaanderen wordt weinig verder verwezen in verband met afhankelijkheidsproblematiek. Ingeval verder wordt verwezen, speelt de derde lijn de belangrijkste rol.

In de **provincie West-Vlaanderen** zijn er 7 psychiatrische ziekenhuizen, met een totale beddencapaciteit van 1800. Voorts is er één revalidatiecentrum voor drughulpverlening dat ruimte biedt voor 12 bewoners. Er zijn ook 25 centra voor thuislozenzorg die samen plaats bieden voor 525 personen. Er zijn eveneens 4 centra voor begeleid wonen van jongvolwassenen bij.

Twee van die drie psychiatrische ziekenhuizen die meewerkten aan de beknopte bevraging worden met verslavingsproblematiek geconfronteerd. Eén psychiatrische ziekenhuis ook met illegale drugverslaving. Bij aanmelding van illegale drugverslaving wordt dan ook onmiddellijk doorverwezen. Het ene psychiatrisch ziekenhuis dat ook met illegale drugverslaving te maken krijgt, behoudt drie plaatsen voor voor crisisopname van illegale druggebruikers. De opnameduur is dan beperkt tot maximaal één week. In de loop van de laatste vier jaar evolueerde hun absoluut aantal van 20 naar 40 op jaarbasis.

Uit de antwoorden inzake samenwerking en doorverwijzing blijkt wel een gunstige ervaring met de algemene welzijnszorg, het crisiscentrum voor drugverslaafden en de PAAZ-dienst van een algemeen ziekenhuis. Er wordt ook verwezen naar huisartsen, ambulante centra ggz en een dagcentrum voor drugverslaafden. Bij het crisiscentrum gaat het om Kompas en de Kier, het crisisprogramma en het kortdurend therapeutisch behandelingsprogramma van het revalidatiecentrum voor drugverslaafden. Het gaat om een vlotte en frequente samenwerking die wederzijds tot voldoening leidt.

Qua ambulante voorzieningen zijn er in West-Vlaanderen 13 CGG waarvan er 9 reageerden op de beknopte vargenlijst. Daarnaast is er nog het dagcentrum De Sleutel te Brugge en zijn er ook nog meerdere centra uit de welzijnssector.

Van de negen CGG die antwoordden op de beperkte bevraging hebben allen te maken met verslavingsproblematiek in het algemeen, acht centra ook met illegale drugverslaving. De omvang van illegale drugproblematiek daarbinnen is relatief bescheiden. 4,8% (n=6324) van alle aanmeldingsproblemen zijn afhankelijkheidsproblemen. Daarbinnen gaat het in 51,2% van de gevallen om een alcoholprobleem, in 16,9% van de gevallen om illegale drugs en in 8,6% van de gevallen om medicatieverslaving (n=301).

Voor de behandeling van illegale drugsverslaving wordt doorgaans doorverwezen. De ervaringen op dat vlak zijn vooral gunstig met het dagcentrum van de Sleutel te Brugge en ook met de PAAZ-dienst van een ziekenhuis. Voorts wordt nog verwezen naar psychiatrische ziekenhuizen, huisarts, algemene welzijnszorg, andere ambulante centra ggz en soms ook rechtstreeks naar het crisiscentrum Kompas. Vier centra geven aan dat zij zo gevraagd de behandeling van illegale drugverslaafden bij voorkeur structureel gescheiden zouden willen houden van de andere problematiek in hun centrum.

Inzake samenwerking en doorverwijzing in de provincie West-Vlaanderen geven de registratiegegevens 1993, alle leeftijden, volgend beeld. 39,9% van de cliënten is afkomstig van de eerste lijn (huisartsen, sociale diensten, ...), 37,9% van de nulde lijn (vooral eigen initiatief). 17,3% van de verwijzingen is afkomstig van de derde lijn, met name de psychiatrische ziekenhuizen. Omgekeerd zijn er enkel 12,3 % verwijzingen vanuit de centra ggz. Deze verwijzingen gaan doorgaans naar psychiatrische ziekenhuizen.

4. Kwalitatieve gegevens

4.1 Aard minimale opvang en criteria voor opname en/of behandeling

Voor de psychiatrische ziekenhuizen en voor de centra geestelijke gezondheidszorg werd via de beknopte bevraging afzonderlijk informatie verkregen omtrent de aard van de minimale opvang van illegale drugproblematiek en de mogelijke criteria voor al dan niet opname of behandeling van deze doelgroep. Ook die informatie werd verwerkt per provincie. In een eerste tabel worden telkens eventuele uitsluitingscriteria behandeld. Dit zijn criteria die soms worden gehanteerd om bepaalde cliënten/patiënten wel of niet op te nemen. In de psychiatrische ziekenhuizen kan dat zowel gaan om criteria van juridische en/of administratieve aard: bijvoorbeeld wordt in een aantal gevallen enkel een illegale drugverslaafde opgenomen indien het om een gedwongen opname gaat. Ook kan het zijn dat de verzekerbaarheid van de betrokkene een element vormt in de definitieve beslissing. Daarnaast kunnen specifieke 'gedragskarakteristieken' een reden tot niet-opname vormen in een psychiatrisch ziekenhuis. In verband met een aanwezige visie als zou drugproblematiek enkel thuishoren in de psychiatrie wanneer er sprake is van andere psychopathologie, werd zowel de aan- als afwezigheid van andere psychopathologie als potentieel uitsluitingscriterium opgenomen. Sommige psychiatrische ziekenhuizen nemen alleen drugverslaafden op wanneer er andere psychopathologie aanwezig is, andere psychiatrische ziekenhuizen nemen in dat geval juist niet op.

Voor de centra geestelijke gezondheidszorg werd, naar analogie met de psychiatrische ziekenhuizen eveneens naar mogelijke uitsluitingscriteria gepeild. Dit heeft te maken met de opgelegde opdracht tot de uitbouw van een algemene werking, waardoor het overwicht van een bepaalde soort van cliënten een probleem zou kunnen vormen, evenals met de kennis dat ook vanwege politie en/of justitie regelmatig cliënten/patiënten (vooral jongeren) naar centra geestelijke gezondheidszorg worden verwezen. De behandelingsfilosofie binnen sommige centra kan van die aard zijn dat enkel deze of juist alleen deze druggebruikers/-verslaafden worden opgenomen.

4.1.1 Provincie Antwerpen

4.1.1.1 RESIDENTIEEL: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUISSECTOR

Volgende tabel geeft het resultaat van de peiling naar eventuele uitsluitingscriteria voor opname van illegale drugverslaafden.

Tabel 49: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar uitsluitingscriteria voor opname illegale drugverslaafden in Antwerpen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
enkel gedwongen opname	0	4	1
een correctionele veroordeling opgelopen hebben	1	3	1
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)	3	1	1
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving	0	4	1
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving	3	1	1
verzekerbaarheid van op te nemen patiënt	1	3	1
mentale handicap	2	2	1
andere			

Hieruit blijkt dat de vier psychiatrische ziekenhuizen die ook illegale drugverslaafden opnemen dit niet uitsluitend doen ingeval het om een gedwongen opname gaat. Een correctionele veroordeling daarentegen vormt wel een uitsluitingscriterium in één van de vier psychiatrische ziekenhuizen. Bij drie psychiatrische ziekenhuizen wordt ook rekening gehouden met de bestaande verhouding van aanwezige pathologie op een bepaald moment. Deze instellingen waken erover dat er geen overwicht ontstaat van één soort opname-indicatie.

Drie van de vier psychiatrische ziekenhuizen nemen illegale drugverslaafden enkel op wanneer zij ook nog een andere psychopathologie vertonen. Het andere psychiatrische ziekenhuis dat ook illegale drugverslaafden opneemt, neemt deze ook op wanneer er geen bijkomende psychopathologie aanwezig is.

De aanwezigheid van een mentale handicap bij de illegale drugverslaafden is bij twee psychiatrische ziekenhuizen wel een uitsluitingscriterium, bij twee andere niet. Eénmaal werd vermeld dat de verzekerbaarheid van de illegale drugverslaafde een uitsluitingscriterium kan zijn.

De minimale opvang bij aanmelding van een afhankelijkheidsprobleem kan zeer verschillend zijn van de ene psychiatrische instelling tot de andere. Volgende tabel geeft een indruk van de verdeling van de verschillende mogelijkheden in de provincie Antwerpen.

Tabel 50: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek/illegale drugverslaving in Antwerpen

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
wegsturen/niet ingaan op de vraag	0
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	0
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	1
directe opname	1
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	3

In verband met de laatste antwoordcategorie, wordt wel verwezen naar de uitzondering ingeval van gedwongen opname. In dat geval wordt wel direct opgenomen. Het psychiatrische ziekenhuis dat 'directe opname' opgaf als minimale opvang, stelt dat het dan ook gaat om gedwongen opname.

Wanneer het een directe (al dan niet gedwongen) opname betreft, wordt verder toegelicht dat er geen maxima worden vastgelegd. In één psychiatrisch ziekenhuis is er bovendien geen maximumduur voor een dergelijke opname bepaald. In 1993 en 1994 zag de verblijfsduur van (alle) verslaafden in dat ziekenhuis, er als volgt uit:

- ◊ in 1993 verbleven er respectievelijk 22 alcohol- en/of medicatieverslaafden ten opzichte van 2 illegale drugsverslaafden gedurende minder dan vijf dagen in het ziekenhuis;
- ◊ in 1994 waren er 21 alcohol- en/of medicatieverslaafden die minder dan vijf dagen waren opgenomen;
- ◊ van de verslaafden die meer dan vijf dagen waren opgenomen waren er in 1993, 134 alcohol- en/of medicatieverslaafden ten opzichte van 5 illegale drugsverslaafden;
- ◊ in 1994 waren er 115 alcohol- en/of medicatieverslaafden ten opzichte van 4 illegale drugsverslaafden langer dan vijf dagen opgenomen.

Een ander psychiatrisch ziekenhuis geeft een maximumduur van veertig dagen in verplichte plaatsing aan. Hieronder wordt, bij wijze van illustratie een overzicht gegeven van de verhouding direct opgenomen illegale drugverslaafden ten opzichte van het aantal effectief behandelden in dat ziekenhuis.

- ◊ in 1991 werden er 13 direct opgenomen en 9 effectief behandeld;
- ◊ in 1992 waren er 4 direct opgenomenen en 3 die effectief werden behandeld;
- ◊ in 1993 werden 6 illegale drugverslaafden direct opgenomen, 3 werden effectief behandeld;
- ◊ de gegevens van 1994 waren nog niet gekend op het ogenblik van de bevraging.

Op de vraag of er een actieve rol wordt opgenomen door het psychiatrisch ziekenhuis ingeval van doorverwijzing werd volgend beeld verkregen.

Tabel 51: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Antwerpen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	4	1	1
door verder overleg	3	1	2

Eén van de psychiatrische ziekenhuizen neemt geen actieve rol van doorverwijzer op, omdat het zelf opneemt. Het zal nà de observatieperiode zonodig eventueel wel zelf contact opnemen met een hulpverleningsinstelling die expliciet drugverslaafden opneemt..

Tenslotte, van de vijf psychiatrische ziekenhuizen die antwoordden op onze vragenlijst zijn er drie die illegale drugverslaafden ook effectief behandelen. In dat geval worden structureel verschillende werkvormen onderscheiden.

Tabel 52: Verdeling van de illegale drugverslaafden-behandelende psychiatrische ziekenhuizen naargelang hun structureel kader in Antwerpen

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
geen structurele scheiding van andere patiënten	2
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase	1
structureel gescheiden in bepaalde fasen	
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling	

In het geval dat de illegale drugverslaafden enkel tijdens de lichamelijke ontwenning of detoxificatie structureel gescheiden worden van de andere patiënten, wordt hiermee enkel een scheiding van andere psychotische patiënten bedoeld. Tijdens de lichamelijke ontwenning zijn deze patiënten wel geïntegreerd in de groep andere verslaafden (alcohol en medicatie).

4.1.1.2 AMBULANT: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het antwoord op de vraag naar de minimale opvang ingeval het centrum te maken krijgt met een probleem van illegale drugverslaving, geeft volgende verdeling over de centra:

Tabel 53: Verdeling naar minimale opvang in de cggz bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek = illegale drugverslaving in Antwerpen

	AANTAL CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
wegsturen/niet ingaan op de vraag	0
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	5
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	3
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	8
geen antwoord	1

Bij deze antwoorden werden evenwel nog heel wat commentaren gegeven. Zo wordt nog verder toegelicht dat er direct wordt doorverwezen als 'illegale drugs' ook werkelijk de aanmeldingsklacht is. Ingeval het een onderdeel vormt van een bredere problematiek wordt niet direct verwezen. Daar waar direct wordt doorverwezen, wordt ervan uitgegaan dat binnen de dienst specifieke deskundige hulp ontbreekt. Voorts wordt doorverwezen omdat er een specifiek team voor afhankelijkheidsproblematiek beschikbaar is. Zou dit laatste er niet zijn, dan zou men wellicht zelf de problemen aanpakken.

De derde antwoordmogelijkheid wordt ook nog verder genuanceerd. Elk 'onmiddellijk' gesprek draait niet noodzakelijk altijd uit op een doorverwijzing. Dit laatste is vooral van toepassing voor centra die zich bv specialiseren in crisishulpverlening. Soms wordt de cliënt ook nog verder begeleid na zo'n eerste gesprek. De vierde antwoordmogelijkheid vormt de klassieke gevolgde procedure voor elk probleem in de geestelijke gezondheidszorg. Tenslotte is, volgens een centrum ggz, ambulante behandeling van illegale drugproblematiek alleen maar aangewezen, nadat lichamelijke detoxificatie in een algemeen ziekenhuis of een psychiatrisch ziekenhuis

heeft plaatsgevonden. Eén centrum maakt erop attent dat er intern een afzonderlijk team werkt voor volwassenen, kinderen en voor verslavingsproblematiek.

Op de vraag naar het maximum aantal illegale drugverslaafden dat het centrum zou aankunnen antwoordden de meesten niet (4 op 17) of stelden dat er geen maxima werden vastgesteld (12 op 17). Eén centrum geeft aan dat 15 drugcliënten op een totaal van 575 cliënten best haalbaar is.

In verband met de vraag naar uitsluitingscriteria voor behandeling wordt volgend beeld verkregen:

Tabel 54: Verdeling van de cggz naar mogelijke uitsluitingscriteria voor behandeling van illegale drugsverslaafden in Antwerpen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
een correctionele veroordeling opgelopen hebben	0	12	5
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)	1	11	5
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving		12	5
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving	2	10	5
mentale handicap	2	9	6
andere	1	2	14

In verband met de 'andere' criteria voor uitsluiting wordt verder uitgelegd dat het hier gaat om de 'mate van de verslaving'.

In verband met de actieve rol die wordt opgenomen door de centra geestelijke gezondheidszorg in geval van doorverwijzing wordt volgende verdeling verkregen.

Tabel 55: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Antwerpen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	12	2	3
door verder overleg	12	2	3

Eénmaal wordt gesteld dat men zich beperkt tot het geven van adressen. Een ander centrum zegt dat hierin geen systematiek bestaat en dat de eigen inzet vooral afhankelijk is van het reeds bestaande hulpverleningsnet rond de drugverslaafde. Indien de cliënt er alleen voor staat, dan wordt wel een actieve rol opgenomen. Voorts wordt door een ander centrum de verdere oriëntatie van de cliënt die met een illegaal afhankelijkheidsprobleem komt, ook beschouwd als een specifieke rol voor de centra geestelijke gezondheidszorg. Binnen de regio zou het overigens noodzakelijk zijn om die actieve rol op te nemen, omdat het aanbod, de keuze voor de cliënt alleen veel te ingewikkeld is. Een ander centrum stelt dat het geen imago heeft van gespecialiseerde in de drugproblematiek en zij daardoor weinig "florerende" drugverslaafden krijgen, eerder "gemotiveerden". Deze laatsten worden dan op hun beurt doorverwezen naar Altox of naar Free Clinic.

Een laatste vraag betrof de feitelijke en eventueel wenselijke toestand op het vlak van structureel gescheiden behandeling van de drugverslaafden. Hieruit werd volgend beeld verkregen:

Tabel 56: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang feitelijke of wenselijke structurele scheiding in Antwerpen

	FEITELIJK	WENSELIJK
geen structurele scheiding van andere patiënten	11	3
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase		1
structureel gescheiden in bepaalde fasen		
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling	1	1
geen antwoord	5	12

Hieruit blijkt duidelijk dat in de centra geestelijke gezondheidszorg doorgaans geen structurele scheiding voor illegale drugverslaafden is voorzien van de andere cliënten. Over de wenselijkheid van zo'n structurele scheiding zijn de meningen verdeeld. De meeste centra geven op deze vraag trouwens geen antwoord. Drie centra vinden dat de huidige situatie ook de meest wenselijke is. Twee andere vinden zo'n structurele scheiding wel wenselijk. Het ene centrum vindt dit belangrijk zolang de cliënt nog niet volledig lichamelijk ontwend is, het andere centrum vindt dit belangrijk over de ganse loop van de behandeling. Eén centrum geeft aan dat de behandeling van een illegale druggebruiker doorgaans gebeurt door een psychiater (vnl na een correctionele veroordeling).

Het ene centrum dat nog maar onlangs startte met een afzonderlijk team voor verslavingsproblematiek werkt structureel volledig gescheiden van de andere teams. Men verwijst vooral naar de lichamelijke ontwenningsfase en de therapievoorbereiding die bij voorkeur binnen een apart team moet gebeuren. In de andere teams wordt overigens ook niet noodzakelijk altijd doorverwezen.

4.1.2 Provincie Brabant

4.1.2.1 Residentieel: minimale opvang en criteria in de psychiatrische ziekenhuissector

Uit de peiling naar uitsluitingscriteria werd volgend beeld verkregen.

Tabel 57: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar uitsluitingscriteria voor opname illegale drugsverslaafden in Brabant

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
enkel gedwongen opname		4	1
een correctionele veroordeling opgelopen hebben	1	3	1
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)		4	1
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving		4	1
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving	1	3	1
verzekerbaarheid van op te nemen patiënt	1	3	1
mentale handicap	1	3	1
andere			

Als commentaar noteren we bij één psychiatrisch ziekenhuis dat de opnames van illegale drugverslaafden in eerste instantie gedwongen opnames zijn en beperkt in aantal. Een ander psychiatrisch ziekenhuis merkt als 'ander uitsluitingscriterium' op dat het moet gaan om een psychiatrisch patiënt die voorafgaand een ambulante intake doormaakte.

De verdeling over de verschillende psychiatrische ziekenhuizen van de minimale opvang bij aanmelding van een afhankelijkheidsprobleem gelijk aan drugs ziet er als volgt uit.

Tabel 58: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek/illegale drugverslaving in Brabant

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
wegsturen/niet ingaan op de vraag	
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	
directe opname	
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	4

Nochtans geven twee psychiatrische ziekenhuizen aan dat er ook plaatsen zijn voor crisisopname. In één van die twee ziekenhuizen is het maximum aantal bedden desgevallend 2. In een ander ziekenhuis zijn er geen maxima vastgelegd. Beide psychiatrische ziekenhuizen geven aan dat wordt nagegaan of de aanvraag tot opname wel degelijk uitgaat van de patiënt zelf én of er voldoende motivatie uitgaat vanwege de patiënt.

De maximumduur van zo'n crisisopname is niet bepaald tot gemiddeld drie weken. De opmerking wordt toegevoegd dat dit afhankelijk is van het soort drug en de problematiek die eraan verbonden is.

Op de vraag naar de actieve rol die gespeeld wordt in verband met doorverwijzen wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 59: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Brabant

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	1		3
door verder overleg	4		

Opgemerkt wordt dat dit doorgaans gebeurt tijdens de gesloten ontwenningsfase, zodat men klaar is voor doorverwijzing en voor verdere behandeling elders na deze fase. Nochtans voegt één psychiatrisch ziekenhuis hieraan toe dat zij dit in feite niet als hun geëigende rol beschouwen.

Tenslotte, twee van de vier psychiatrische ziekenhuizen die vier keer ja antwoordden op verschillende soorten afhankelijkheidsproblematiek, stellen bij de voorlaatste vraag dat zij illegale drugverslaafden niet behandelen. De twee andere ziekenhuizen zeggen dat ze wel behandelen, zij het in beperkte mate. Geen van beide psychiatrische ziekenhuizen voorzien een afzonderlijke structurele scheiding. In één van deze twee psychiatrische ziekenhuizen worden twee bedden voorzien per afdeling van 30 patiënten.

4.1.2.2 AMBULANT: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het antwoord op de vraag naar de minimale opvang ingeval het centrum te maken krijgt met een probleem van illegale drugverslaving, geeft volgende verdeling over de centra:

Tabel 60: Verdeling van de cggz naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek = illegale drugverslaving in Brabant

	AANTAL CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
wegsturen/niet ingaan op de vraag	
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	1
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	1
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	8
geen antwoord	

In rande wordt wel vermeld dat de verdere behandeling wel afhankelijk is van de ernst van de verslaving. Ambulante behandeling moet met andere woorden ook echt doenbaar zijn. Te zware drugverslaving wordt in die zin dan ook doorverwezen op begeleide wijze. De equipe is dààr niet op uitgebouwd. Enkel wanneer illegale drugverslaving een secundair probleem is, wordt behandeld. Ook 'soft-druggebruikers' blijven in aanmerking komen. Afgezien daarvan staan de centra geestelijke gezondheidszorg open voor alle vragen en wordt pas na het intakegesprek beslist of de betrokken cliënt binnen het centrum of elders kan/moet behandeld worden. Dringende opvang is altijd mogelijk en verdere behandeling hangt af van de problematiek.

Op de vraag naar het maximum aantal illegale drugproblematiek dat elk centrum aankan werd door geen enkel centrum een aantal of een maximum opgegeven.

De vraag naar eventuele uitsluitingscriteria voor verdere behandeling van cliënten met illegale drugproblematiek leidde tot volgend resultaat:

Tabel 61: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar mogelijke uitsluitingscriteria voor behandeling van illegale drugsverslaafden in Brabant

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
een correctionele veroordeling opgelopen hebben		7	3
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)		7	3
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving		7	3
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving		7	3
mentale handicap	1	5	4
andere	2		8

De 'andere' uitsluitingscriteria die werden vermeld waren met name de "mate van verslaving" en de mogelijkheid dat de cliënt een specifieke medicatievraag zou hebben. Deze beide criteria geven wel aanleiding tot uitsluiting.

Voor wat de actieve rol betreft die wordt opgenomen door de centra geestelijke gezondheidszorg in geval van doorverwijzing wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 62: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Brabant

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	9		1
door verder overleg	9		1

Bij deze antwoorden wordt wel enige uitleg verstrekt. Er wordt door de centra zelf getelefoneerd om de drempel voor de cliënt te verlagen. Ook is verder overleg noodzakelijk in verband met de noodzakelijke nazorg. Er wordt uitgegaan van de visie dat een goed omkaderde en besproken verwijzing motivatiebevorderend is. Beide opties behoren overigens altijd bij het werk van een centrum geestelijke gezondheidszorg als verwijzing noodzakelijk is, dus ook voor andere dan illegale drugproblematiek. Eenmalig wordt wel gezegd dat de cliënt uiteindelijk zelf de stappen moet zetten, de therapeut kan enkel aanreiken om de doorverwijzing naar een in drughulpverlening gespecialiseerde dienst tot stand te laten komen. Daartegenover staat dan weer de stelling dat een doorverwijzing zonder meer tot drop-out leidt. Een goede overbrugging is steeds noodzakelijk.

Op de vraag inzake de feitelijke en eventueel wenselijke toestand op het vlak van structureel gescheiden behandeling van de drugverslaafden werd volgende verdeling van de antwoorden verkregen:

Tabel 63: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang feitelijke of wenselijke structurele scheiding in Brabant

	FEITELIJK	WENSELIJK
geen structurele scheiding van andere patiënten	9	1
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase		1
structureel gescheiden in bepaalde fasen		1
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling		1
geen antwoord	1	6

De antwoorden op deze vraag werden wel verder toegelicht. Enerzijds wordt het antwoord genoteerd dat scheiding wenselijk is als men in een centrum geestelijke gezondheidszorg met illegale drugverslavingsproblematiek te maken zou krijgen. Anderszijds wordt gesteld dat scheiding niet nodig is omdat de centra toch niet te maken krijgen met zwaar verslaafden, laat staan hen zouden behandelen. Als het aantal beperkt is en het geen al te zwaar verslaafden betreft, is scheiding niet echt nodig. In één centrum wordt nog verwezen naar het feit dat gewerkt wordt met de familie, de vrienden, de partners en dat daarom een strucurele scheiding niet hoeft. Een argument pro structurele scheiding was het signalement dat de verslaafde zich meer op zijn gemak zou voelen als hij niet ook met anderen geconfronteerd zou worden. Een structurele scheiding zou aldus drempelverlagend werken, aldus één centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

4.1.3 Provincie Limburg

4.1.3.1 Residentieel: minimale opvang en criteria in de psychiatrische ziekenhuissector

In verband met de uitsluitingscriteria springt enkel de aanwezigheid van een mentale handicap in het oog.

Tabel 64: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar uitsluitingscriteria voor opname illegale drugverslaafden in Limburg

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
enkel gedwongen opname		3	
een correctionele veroordeling opgelopen hebben		3	
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)		3	
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving		3	
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving		3	
verzekerbaarheid van op te nemen patiënt	1	2	
mentale handicap	2	1	
andere	1		

Als 'andere' uitsluitingscriteria werden ingevuld: dealen, agressiviteit binnen de instelling en de keuze voor een opname in de psychiatrie als vlucht voor de gevangenis of de handen van justitie.

De minimale opvang in deze psychiatrische ziekenhuizen ziet er als volgt uit.

Tabel 65: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek/illegale drugverslaving in Limburg

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
wegsturen/niet ingaan op de vraag	
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	
directe opname	1
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	2

De opmerking wordt wel gemaakt dat ingeval het een gedwongen opname betreft wel tot directe opname wordt overgegaan.

Ingeval van directe (crisis)opname worden in één psychiatrische ziekenhuis geen maxima vastgelegd, in het andere beperkt men zich tot maximum twee dergelijke opnames.

Onder directe opname wordt wel verstaan: binnen de 24 uur na de aanvraag. Pas nà de opname wordt nagegaan of verdere behandeling mogelijk is, dan wel of moet worden doorverwezen.

De maximumduur van zo'n crisisopname in de twee ziekenhuizen die crisisopnames doen bedraagt één week. In beide ziekenhuizen is een toename waar te nemen zowel van het aantal directe opnames als van het aantal effectief behandelden.

Hieronder worden de gegevens van de drie psychiatrische ziekenhuizen in Limburg die illegale drugsverslaafden opnemen, weergegeven.

	ZH1		**ZH2**		**ZH3**	
	dir.opname	behandeling	dir.opname	behandeling	med.opnam	gedwongen
1991	43	20	55	13	81	24
1992	50	25	120	30	61	9
1993	59	35	120	30	86	12
1994	60	30			106	11

In verband met de actieve rol die wordt gespeeld ingeval van doorverwijzing antwoordden de drie psychiatrische ziekenhuizen dat ze deze opnemen.

Tabel 66: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Limburg

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	3		
door verder overleg	3		

Twee psychiatrische ziekenhuizen geven bovendien nog aan dat zij het als hun rol opvatten om het meest geschikte antwoord op de vraag van de patiënt te geven. Dit wil zeggen: het meest gepaste aanbod op een bepaald moment voor de verslaafde.

Alle drie de psychiatrische ziekenhuizen die antwoorddden, behandelen ook illegale druggebruikers. Inzake het structureel kader werd volgende vastgesteld.

Tabel 67: Verdeling van de illegale drugverslaafden-behandelende psychiatrische ziekenhuizen naargelang hun structureel kader in Limburg

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
geen structurele scheiding van andere patiënten	
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase	1
structureel gescheiden in bepaalde fasen	2
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling	

In verband met die structurele scheiding in bepaalde fasen wordt nog volgende toelichting gegeven:
Dit gebeurt tijdens twee fasen: de lichamelijke ontwenning en de langdurige behandeling van deze doelgroep. Een ander psychiatrisch ziekenhuis maakt melding van een volledige scheiding op de opname-afdeling (fase 1 t/m fase 4 = 3,5 maand). Na de derde fase (twee maand) bestaat een mogelijkheid tot keuze voor een psychotherapeutisch programma van vier maand op een andere afdeling, waar er geen scheiding is van de andere afhankelijkheidsproblemen, of voor een resocialisatie binnen de specifieke doelgroep.

4.1.3.2 AMBULANT: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het antwoord op de vraag naar de minimale opvang ingeval het centrum te maken krijgt met een probleem van illegale drugverslaving, geeft volgende verdeling over de centra:

Tabel 68: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek = illegale drugverslaving in Limburg

	AANTAL CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
wegsturen/niet ingaan op de vraag	1
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	4
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	5
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	3
geen antwoord	

Het ene centrum dat niet ingaat op de vraag, stelt dat het CAD in Hasselt al gespecialiseerd is en het dus niet nodig is dat zij zich daar ook in zouden specialiseren. Ook de directe doorverwijzers maken melding van het CAD. Meer nog, in het team zitten ook CAD-medewerkers. Verdere begeleiding van een cliënt met drugproblemen zal dan ook afhankelijk blijven van de CAD-medewerker. Bij het antwoord dat een afspraak wordt gemaakt voor het starten van een intakeprocedure, hoort de opmerking dat dit afhankelijk is van de beschikbare tijd. Meestal heeft men in het centrum geestelijke gezondheidszorg overvolle agenda's. De tendens bestaat verder dat, indien het duidelijke verslaving betreft en er geen interne motivatie aanwezig is er iets aan te doen (maw de cliënt komt zelf al op verwijzing van een derde), wordt doorgaans residentieel georiënteerd. Het centrum geestelijke gezondheidszorg in Limburg dat vooral met jongeren van minder dan 18 jaar werkt, krijgt afhankelijkheidsproblematiek zelden als hoofddiagnose. Als ze er mee te maken krijgen zullen ze ook doorverwijzen. De specificiteit van afhankelijkhiedsproblematiek in het algemeen en van illegale drugproblematiek in het bijzonder vraagt om verwijzing naar een gespecialiseerde dienst, waarmee dan een nauw

samenwerkingsverband onderhouden wordt. De psychologische diagnose die los staat van het illegale drugprobleem wordt dan bijvoorbeeld wel verder behandeld in het verwijzende CGG. Aangenomen wordt in één centrum dat er onvoldoende omkadering is voor de behandeling van illegale drugverslaving.

Op de vraag naar het maximaal aantal illegale drugverslaafden dat het centrum aankan voor behandeling, gaven vijf centra geen antwoord en acht centra antwoordden dat zij geen maxima vastleggen.

De vraag naar mogelijke uitsluitingscriteria om tot behandeling over te gaan, geeft volgend beeld in Limburg.

Tabel 69: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar mogelijke uitsluitingscriteria voor behandeling van illegale drugsverslaafden in Limburg

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
een correctionele veroordeling opgelopen hebben	1	5	7
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)	1	5	7
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving	1	5	7
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving	1	5	7
mentale handicap	1	5	7
andere	1	2	10

Nergens worden uitsluitingscriteria gehanteerd voor behandeling van illegale drugverslaafden. Er werden ook geen opmerkingen geplaatst in dat verband. Mogelijke andere uitsluitingscriteria werden niet verder geëxpliciteerd.

In verband met de actieve rol die wordt opgenomen door de centra geestelijke gezondheidszorg in geval van doorverwijzing wordt volgende verdeling verkregen.

Tabel 70: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Limburg

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	10	2	1
door verder overleg	10	3	

De opmerkingen in verband met die actieve rol zijn wel verdeeld. Sommigen vullen het overleg met de gespecialiseerde centra verder in. Ze organiseren een actieve samenwerking tussen de betrokken hulpverleners en betrekken ook nog de omgeving van de cliënt bij de begeleiding. Er wordt uitgebreid uitleg gegeven voor doorverwijzing indien afhankelijkheid als hoofdprobleem wordt gemeld. Afhankelijkheid van alcohol of medicatie kan eventueel wel door het CGG behandeld worden. In andere gevallen wordt uitgegaan van het feit dat de cliënten zelf wel in staat zijn om de weg naar het CAD te vinden en zelf afspraken met het centrum te maken. Nog andere centra leggen zelf dadelijk contact met de CAD-hulpverleners. De overigens zeer goede contacten met het CAD motiveren tenslotte om deze toch wel moeilijke cliëntenpopulatie een meer actieve rol te laten spelen in de doorverwijzing.

Een laatste vraag betrof ook hier de feitelijke en eventueel wenselijke toestand op het vlak van structureel gescheiden behandeling van de drugverslaafden. Hieruit werd volgend beeld verkregen:

Tabel 71: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang feitelijke of wenselijke structurele scheiding in Limburg

	FEITELIJK	WENSELIJK
geen structurele scheiding van andere patiënten	10	2
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase		1
structureel gescheiden in bepaalde fasen		1
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling		
geen antwoord	3	9

In de meeste centra geestelijke gezondheidszorg is er geen feitelijke scheiding van de illegale drugverslaafden. Twee CGG's vinden deze situatie ook OK. Een structurele scheiding tijdens de lichamelijke ontwenningsfase is wel wenselijk volgens één centrum. Eenmaal wordt gesteld dat de feitelijke toestand is, dat er geen illegale druggebruikers worden behandeld.

4.1.4 Provincie Oost-Vlaanderen

4.1.4.1 Residentieel: minimale opvang en criteria in de psychiatrische ziekenhuissector

Uit de peiling naar mogelijke uitsluitingscriteria wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 72: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar uitsluitingscriteria voor opname illegale drugverslaafden in Oost-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
enkel gedwongen opname	3	5	2
een correctionele veroordeling opgelopen hebben	3	5	2
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)		7	3
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving	3	5	2
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving		5	3
verzekerbaarheid van op te nemen patiënt	4	4	2
mentale handicap	5	2	2
andere			

In één psychiatrisch ziekenhuis waar géén uitsluitingscriteria gelden, wordt nog volgende gesignaleerd: Anno 1994 waren er 239 effectieve aanvragen voor opname op een totaal van 666 'algemeen gestelde aanvragen'. Daarvan werden er uiteindelijk 93 opgenomen. Iedereen kan in principe opgenomen worden. Er wordt wel een fase van observatie en diagnostiek door een medisch en paramedisch multidisciplinair team voorzien.

Op de vraag naar de minimale opvang bij aanmelding van een afhankelijkheidsprobleem van illegale drugverslaving wordt volgende verdeling van de antwoorden verkregen.

Tabel 73: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek/illegale drugverslaving in Oost-Vlaanderen

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
wegsturen/niet ingaan op de vraag	0
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	1
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	0
directe opname	1
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	8

Bij de laatste antwoordmogelijkheid wordt tweemaal opgemerkt dat, ingeval het om een 'gedwongen opname' gaat, wél direct wordt opgenomen. Eénmaal zou men ook tot directe opname overgaan wanneer er vooraf een overleg met de verwijzer heeft plaatsgevonden.

In het psychiatrisch ziekenhuis dat alleen directe opname opgeeft wordt verduidelijkt dat het dan doorgaans al om verwezen mensen gaat die speciaal komen voor een opname

detoxificatie en behandeling, vaak na een telefonische afspraak. Deze opnames worden dan ook in een zo kort mogelijke tijd geregeld.

Ingeval van een crisisopname wordt door drie psychiatrische ziekenhuizen een maximum gehanteerd voor opname van illegale drugverslaafden. Tweemaal werd een maximum van twee en éénmaal een maximum van vijf patiënten genoteerd. Eén psychiatrisch ziekenhuis legt geen maxima vast. Qua verblijfsduur variëren de maxima van vijf dagen over zeven dagen tot geen maxima vastgelegd.
Op de vraag naar het aantal direct opgenomen illegale drugverslaafden ten opzichte van het aantal effectief behandelden over de loop van 1991 tot en met 1994 werd volgende respons verkregen (vier psychiatrische ziekenhuizen beantwoordden deze vraag).

	ZH1		ZH2		ZH3		ZH4*	
	directe opname	behan-deling	directe opname	behan-deling	directe opname	behan-deling	directe opname	behan-deling
1991								33
1992								58
1993				5				57
1994	20	10		10		32		93

* Het betreffende psychiatrisch ziekenhuis maakt geen onderscheid tussen het aantal illegale drugverslaafden dat enkel in crisis werd opgenomen en naast de lichamelijk ontwenning niet verder werd behandeld en dezen die wél verder werden behandeld. Elke opname heeft tenslotte als doel te behandelen. Een crisisopname of -interventie is één mogelijk middel tot opname en wordt aldus beschouwd als een behandelingsfase. Deze benadering laat ons niet toe zicht te krijgen op het aandeel drugverslaafden dat na de detoxificatiefase nog in behandeling blijft.

Op de vraag naar de actieve rol van de psychiatrische instelling ingeval van doorverwijzing wordt volgend beeld verkregen.

Tabel 74: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Oost-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	7		3
door verder overleg	7	1	2

In verband met die doorverwijzing wordt wel één en ander verder toegelicht:

"Mensen worden doorverwezen naar voor hen mogelijke bruikbare initiatieven, vanuit een klantgerichte instelling. Soms doen we dus wel eens iets meer dan een adres of telefoonnummer meegeven."

"Enkel advies wordt gegeven."

"Het psychiatrisch ziekenhuis heeft hier alleszins een rol te spelen, aangezien vele illegale druggebruikers niet de klassieke wegen bewandelen en de verwijzers overigens ook niet."

Op de vraag of de illegale drugverslaafden ook in het psychiatrisch ziekenhuis worden behandeld, antwoorden 9 psychiatrische ziekenhuizen ja en één antwoordt neen.

In verband met de structurele scheiding is de verdeling van de antwoorden de volgende.

Tabel 75: Verdeling van de illegale drugverslaafden-behandelende psychiatrische ziekenhuizen naargelang hun structureel kader in Oost-Vlaanderen

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
geen structurele scheiding van andere patiënten	2
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase	5
structureel gescheiden in bepaalde fasen	1
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling	1

Eén antwoord 'structureel gescheiden in bepaalde fasen' wordt verder toegelicht als volgt: op opname en detoxificatieniveau is er geen structurele scheiding van de andere patiënten. Er is wel structurele scheiding in de behandelingsfase voor de drugunit. Voor de drugpatiënten met ernstige comorbiditeit en die de drugunit niet aankunnen is er evenmin structurele scheiding van de andere patiënten.

De drugunit telt 15 bedden. Het behandelingsprogramma in de drugunit duurt 26 weken en loopt samen met het programma voor andere verslaafden (waarvoor het programma korter duurt). Er is wel een ruimtelijke scheiding van de illegale drugpatiënten ten opzichte van de andere verslaafden.

In een ander psychiatrisch ziekenhuis wordt melding gemaakt van het feit dat er één opnameafdeling is voor alle crisisinterventies. Men wil daar in de toekomst een specifieke unit voor verslavingszorg organiseren, maar geen afzonderlijke structuur voor illegale en legale drugverslaafden.

Hieruit kan tenslotte worden afgeleid dat er in Oost Vlaanderen één psychiatrisch ziekenhuis is dat verslavingsproblematiek opneemt en behandelt zonder afzonderlijke unit, één psychiatrisch ziekenhuis dat een afzonderlijke drugunit heeft en tenslotte twee psychiatrische ziekenhuizen die een afzonderlijke verslavingsunit voorzien. Bij de overige psychiatrische ziekenhuizen betreft de structurele scheiding enkel de fysieke ontwenningsfase, waarna patiënten hetzij tussen de andere patiënten worden behandeld, hetzij worden doorverwezen.

4.1.4.2 AMBULANT: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het antwoord op de vraag naar minimale opvang ingeval het centrum te maken krijgt met een probleem van illegale drugverslaving, geeft volgende verdeling over de centra:

Tabel 76: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek = illegale drugverslaving in Oost-Vlaanderen

	AANTAL CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
wegsturen/niet ingaan op de vraag	
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	6
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing/begeleiding	2
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	10
geen antwoord	

Bij die centra die direct doorverwijzen, wordt melding gemaakt van het C.A.T. in het Gentse, dat daarin gespecialiseerd is. Ook wordt opgegeven dat afhankelijkheidsproblematiek soms maar ontdekt wordt in de loop van de begeleiding. Een ander centrum geeft aan dat zij zelden met de problematiek van illegale drugs te maken krijgt.

In verband met het maken van een afspraak voor intake, waarna behandeling of doorverwijzing volgt, wordt gesteld dat dit typisch is voor een tweedelijnsdienst. Dit is dan ook de normale procedure ook voor andere problematiek binnen de centra. Een CGG zal altijd trachten te komen tot een probleemomschrijving. Verdere behandeling binnen de CGG is alleen mogelijk wanneer dit ambulant kan, en dit hangt dan weer af van de mate van de verslaving. Daar waar een vermoeden van illegaal druggebruik gesignaleerd wordt door de omgeving is het de taak van de CGG de ernst van dat vermoeden te exploreren en de mogelijke hefbomen voor begeleiding verder te verkennen. Indien residentiële behandeling dan aangewezen blijkt, wordt doorverwezen.

Veertien van de zeventien centra die antwoordden stellen dat ze geen maximum aantal illegale drugverslaafden in behandeling hebben vastgelegd, vier CGG gaven op deze vraag geen antwoord.

De vraag naar mogelijke uitsluitingscriteria om tot behandeling over te gaan, geeft in Oost-Vlaanderen volgend beeld.

Tabel 77: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar mogelijke uitsluitingscriteria voor behandeling van illegale drugverslaafden in Oost-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
een correctionele veroordeling opgelopen hebben		13	5
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)	2	11	5
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving	1	13	4
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving	2	11	5
mentale handicap	1	11	6
andere	1		17

Als ander uitsluitingscriterium wordt expliciet melding gemaakt van het feit dat er bij sommige kandidaten voor ambulante behandeling enkel sprake zou zijn van een oneigenlijke motivatie. Met name wordt verwezen naar de mogelijkheid om via behandeling te ontsnappen aan juridische maatregelen.

In verband met de actieve rol die wordt opgenomen door de centra geestelijke gezondheidszorg in geval van doorverwijzing wordt volgende verdeling verkregen.

Tabel 78: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in Oost-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	15	3	
door verder overleg	14	3	1

De actieve rol die wordt opgenomen is soms wel afhankelijk van het feit of iemand reeds in begeleiding is . Het is met andere woorden afhankelijk van het stadium waarin de cliënt contact opneemt met het centrum. Bij de intake zal de cliënt evenwel gemotiveerd worden om zelf contact op te nemen, een afspraak vast te leggen en informatie door te geven aan een gespecialiseerde dienst. Een ander CGG meldt dat hoe dan ook contact wordt opgenomen voor de bespreking van de problematiek. Heroïne-afhankelijkheid wordt in dit centrum steeds doorverwezen. De CGG telefoneren ook zelf onder andere om uitsluitsel te krijgen of de betrokkene terechtkan bij een andere dienst. Het doel moet hoe dan ook steeds zijn 'de beste

hulpverlening te geven'. Los van al deze overwegingen, zal een doorverwijzing steeds gebeuren in overleg met de cliënt.

Een laatste vraag betrof tenslotte de feitelijke en eventueel wenselijke toestand op het vlak van structureel gescheiden behandeling van de drugverslaafden. Hieruit werd volgend beeld verkregen:

Tabel 79: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang feitelijke of wenselijke structurele scheiding in Oost-Vlaanderen

	FEITELIJK	WENSELIJK
geen structurele scheiding van andere patiënten	13	6
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase		
structureel gescheiden in bepaalde fasen		
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling	1	1
geen antwoord	4	11

Het antwoord dat de structurele scheiding over de ganse loop van de behandeling gescheiden verloopt verwijst naar een gegeven dat de behandelingen individueel gebeuren en derhalve automatisch gescheiden verlopen. In dertien gevallen evenwel is de structurele scheiding een feit en de helft van deze ervaren dit ook als een wenselijke situatie.

4.1.5 Provincie West-Vlaanderen

4.1.5.1 RESIDENTIEEL: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUISSECTOR

Bij de peiling naar uitsluitingscriteria was er slechts één psychiatrisch ziekenhuis dat op deze vraag antwoord gaf/kon geven. Op elk van de mogelijke uitsluitingscriteria antwoordde dat ziekenhuis neen. In een parallel antwoord evenwel van de directeur werd de verzekerbaarheid van de cliënt wél als mogelijk criterium opgegeven.

De minimale opvang bij een aanmelding van illegale drugafhankelijkheid is als volgt verdeeld.

Tabel 80: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek/illegale drugverslaving in West-Vlaanderen

	AANTAL PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN
wegsturen/niet ingaan op de vraag	
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	2
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing	
directe opname	
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	1

Onder directe doorverwijzing wordt ook verstaan het meegeven van een adres waar specifieke hulpverlening inzake illegale drugverslaving gegeven wordt. Als motivatie wordt gesteld dat behandeling illegale drugverslaving een aparte specialisatie is die niet aanwezig is in het psychiatrisch ziekenhuis.

De ene psychiatrische instelling die een afspraak maakt voor intake en eventueel overgaat tot crisisopname, geeft aan dat deze opname dan ook beperkt blijft tot de lichamelijke ontwenning, waarna wordt doorverwezen.

Laatstgenoemd psychiatrisch ziekenhuis stelt dat in de praktijk drie plaatsen openstaan voor crisisopname van illegale drugverslaafden. De opnameduur (lichamelijke ontwenning) gaat van drie tot maximum zeven dagen. Dergelijke directe crisisopnames verdubbelden tussen 1991 en 1994.

De actieve rol die de drie psychiatrische ziekenhuizen opnemen zijn als volgt verdeeld.

Tabel 81: Verdeling van de psychiatrische ziekenhuizen naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in West-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	2	1	
door verder overleg	1	2	

In twee van de drie psychiatrische ziekenhuizen die antwoordden, wordt gesteld dat illegale drugverslaafden er niet behandeld worden. In het overblijvende psychiatrische ziekenhuis wordt de behandeling beperkt tot de lichamelijke ontwenning. De optie leeft evenwel om ook dezen niét op te nemen.

De fysieke ontwenning gebeurt volledig in een gesloten observatie-afdeling. Met andere woorden, er is een structurele scheiding tijdens de lichamelijke ontwenning.

4.1.5.2 AMBULANT: MINIMALE OPVANG EN CRITERIA IN DE SECTOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Het antwoord op de vraag naar minimale opvang ingeval het centrum te maken krijgt met een probleem van illegale drugverslaving, geeft volgende verdeling over de centra:

Tabel 82: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar minimale opvang bij aanmelding afhankelijkheidsproblematiek = illegale drugverslaving in West-Vlaanderen

	AANTAL CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
wegsturen/niet ingaan op de vraag	
directe doorverwijzing (eventueel ook telefonisch)	
(onmiddellijk) tijd vrijmaken voor een gesprek, gevolgd door een doorverwijzing/begeleiding	1
afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk	7
geen antwoord	

In verband met het antwoord "afspraak voor starten intakeprocedure, waarna behandeling mogelijk" , wordt opgemerkt dat dit typisch is voor tweedelijnsproblematiek en deze handelwijze bijgevolg tot de deontologische plicht van de CGG behoort. Er wordt evenwel niet steeds behandeld nadat deze procedure werd gevolgd. Het probleem wordt steeds eerst getaxeerd, met andere woorden men tracht tot probleemanalyse en diagnose te komen. Voorts zal, enkel indien een ambulante behandeling mogelijk lijkt, overgegaan worden tot behandeling. Ingeval van crisis wordt overigens wel onmiddellijk actie ondernomen.

Geen enkel centrum maakt melding van eventueel maximale aantallen die het centrum zou aankunnen.

In verband met de mogelijke uitsluitingscriteria die men zou kunnen hanteren om iemand al dan niet verder te blijven behandelen en/of begeleiden, werd volgend beeld verkregen.

Tabel 83: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naar mogelijke uitsluitingscriteria voor behandeling van illegale drugverslaafden in West-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
een correctionele veroordeling opgelopen hebben		6	2
overwicht van één bepaalde pathologie (bv. illegale drugs)		6	2
aanwezigheid van andere psycho-pathologie naast illegale drugverslaving		6	2
afwezigheid van andere psychopathologie naast illegale drugverslaving	1	5	2
mentale handicap	1	5	2
andere		1	7

Bij deze antwoorden werd verder nog toegevoegd dat men hoe dan ook zal nagaan of de motivatie en de bereidheid wel bestaat om van zijn verslavingsprobleem af te geraken en dan ook de gestructureerde afspraken na te komen. Indien die bereidheid niet aanwezig is, zal men

geneigd zijn tot niet-behandelen. Ook als de lichamelijke risico's te groot zijn tijdens de fysieke ontwenning, zal men de ambulante behandeling niet op zich nemen.

In verband met de actieve rol, opgenomen door de centra geestelijke gezondheidszorg in geval van doorverwijzing worden volgende antwoorden verkregen.

Tabel 84: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang de rol die wordt opgenomen ingeval van doorverwijzing in West-Vlaanderen

	JA	NEEN	GEEN ANTWOORD
door zelf te telefoneren	8		
door verder overleg	8		

In één centrum wordt gesteld dat doorverwijzing noodzakelijk is, omdat de aangeboden structuur binnen de CGG teveel ontsnappingsmogelijkheden biedt voor de druggebruiker/verslaafde. Hun behandeling moet kunnen steunen op vrijwilligheid. Een centrum ggz neemt dan ook zelf contact op met een doorverwijsadres en voert, indien nodig nog verdere besprekingen met de andere voorziening waarnaar werd doorverwezen. Als dit kan gebeuren vanuit een coördinerende rol, biedt dit overigens meer garantie voor de kwaliteit van de doorverwijzing.

Een laatste vraag betrof tenslotte de feitelijke en eventueel wenselijke toestand op het vlak van structureel gescheiden behandeling van de drugverslaafden. Hieruit werd volgend beeld verkregen:

Tabel 85: Verdeling van de centra geestelijke gezondheidszorg naargelang feitelijke of wenselijke structurele scheiding in West-Vlaanderen

	FEITELIJK	WENSELIJK
geen structurele scheiding van andere patiënten	7	4
structureel gescheiden enkel tijdens de lichamelijke ontwenningsfase		2
structureel gescheiden in bepaalde fasen		
structureel gescheiden over het ganse verloop van de behandeling		
geen antwoord	1	2

Er wordt geen onderscheid gemaakt qua structurele aanpak tussen illegale drugproblematiek en andere problematiek. Vier centra geven wel aan dat, indien ze met de behandeling van precies deze doelgroep zouden moeten beginnen, zij een structurele scheiding wel wenselijk vinden.

4.2 Bespreking van de specifieke behandelingstypes

4.2.1 Residentiële behandelingstypes

4.2.1.1 PSYCHIATRISCHE SECTOR

De behandeling van verslavingsproblematiek in het algemeen en van drughulpverlening in het bijzonder in de psychiatrische ziekenhuizen kan min of meer worden ingedeeld in periodes of fasen:

- een periode van detoxificatie, observatie en diagnosestelling;
- een periode van motivatie naar behandeling toe;
- een behandelingsfase;
- een periode van voorbereiding op het ontslag.

De duur van die periodes is niet vastgelegd en hangt vooral af van de aard en van de ernst van de verslaving. Evenmin kan men stellen dat elk psychiatrisch ziekenhuis dat drugverslaafden behandelt, al die fasen opneemt in haar programma. Afhankelijk van de betrokkenen is de benadering van personen met een verslavingsproblematiek vooral fasegericht, dan wel problematiekgericht. De meer categoriale aanpak kan van bij het begin worden ingebouwd of pas in een later stadium.

Voor de **lichamelijke ontwenning** wordt een periode van één tot enkele weken voorzien. De ontwenning gebeurt frequent in een gesloten setting of in kamerbehandeling. De nadruk ligt op:
- observatie
- exploratie en informatie
- eerste motivatie

Sommige ziekenhuizen beperken zich enkel tot deze lichamelijke ontwenningsfase en verwijzen de patiënt nadien naar andere voorzieningen.

Daarna wordt doorgaans een periode van **motivatie tot voortgezette behandeling** ingezet. De duur van de motivatiefase kan zeer verschillend zijn en is o.a. afhankelijk van factoren op het niveau van de cliënt zelf. Afhankelijk van de ingesteldheid van de patiënt wordt tijdens deze fase een behandelingsplan uitgewerkt: een korte behandeling met beperkte doelstellingen, indien de cliënt elke verdere hulpverlening expliciet afwijst, of een behandeling op halflange of lange termijn, gericht op persoonlijke groei.

Tijdens de eigenlijke **behandelingsfase,** die meestal verschillende maanden duurt, worden door de psychiatrische ziekenhuizen diverse werkmodellen gehanteerd. Meestal treffen we combinaties aan van verschillende therapeutische richtingen binnen één setting: gedragstherapeutische benadering, systeem-gerichte benadering, elementen ontleend aan de psychiatrische rehabilitatie,...
Elke behandeling start met het inschatten van de werkelijke noden van de cliënt en deze kunnen individueel sterk verschillen. Terwijl voor de ene patiënt de nadruk wordt gelegd op een diepgaand intrapsychisch exploreren van de eigen persoonlijkheid, wordt met een andere patiënt voornamelijk gewerkt op het terrein van sociale vaardigheden en op het verkrijgen van inzicht in de eigen professionele mogelijkheden.
Gedeelten van de behandeling verlopen in groep, andere gedeelten zijn strikt individueel opgevat. De patiënten dienen bovendien heel wat verantwoordelijkheden in verband met het samenleven op de afdeling op zich te nemen.

De **terugkeerfase** kenmerkt zich meestal door een nog verder doorgedreven individualisering. In deze fase worden de mogelijkheden van de deeltijdse hospitalisatie zoveel mogelijk benut en wordt de patiënt ook in contact gebracht met de nazorginstanties. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de professionele reïntegratie van de patiënt en aan het in de praktijk inoefenen van alternatief gedrag in de eigen thuissituatie.

4.2.1.2 REVALIDATIESECTOR

4.2.1.2.1 Het crisisprogramma

A.D.I.C. in Antwerpen, C.I.C. De Sleutel in Gent en Kompas in Kortrijk zijn drie revalidatiecentra met een crisisprogramma.

De enige voorwaarde tot opname in een crisiscentrum is in principe dat de verslaafde zelf de wens uit tot afkicken en tot behandeling. Hij moet zelf gemotiveerd zijn om van zijn drugprobleem af te geraken. De drugverslaafde moet met andere woorden vrijwillig naar het crisiscentrum komen.

Nochtans worden soms wel mensen geweigerd op grond van andere criteria, bijvoorbeeld:

- als het probleem té psychiatrisch is
- als de verslaafde de Nederlandse taal niet machtig is
- als het gaat om een zwangere vrouw die via opname eigenlijk alleen maar bescherming zoekt

Een crisiscentrum is in principe een open instelling, wat betekent dat er geen gedwongen opnames kunnen gebeuren. Het kan wel zijn dat er gedecolloqueerden op proef worden opgenomen.

Tenslotte is het hebben van een identiteitsbewijs een 'must'. Ook wordt nagegaan of de aanvrager in orde is of kan gebracht worden met de ziekteverzekering. Over het probleem van wachtlijsten is men het niet unaniem eens in alle crisiscentra. Dit verschil in mening heeft te maken met de invulling van wat crisis bij een drugverslaafde eigenlijk is. Aangenomen dat crisis bij drugverslaafden vooral een procesmatig gebeuren is, wordt de problematiek van wachten enigszins gerelativeerd. Er is altijd wel ergens een acute aanleiding tot opname, die niet verdwijnt na enkele dagen. Als er al gesproken wordt van wachtlijsten kan dit hooguit gaan om 5-6 dagen. In Antwerpen wordt wel een probleem van dakloze druggebruikers erkend. Voor deze mensen is er een oplossing nodig zelfs voor die 5-6 dagen: een belangrijke taak is hier misschien weggelegd voor de niet-residentiële sector evenals de residentiële welzijnssector, de spoedopname van psychiatrische ziekenhuizen en/of PAAZ-diensten van algemene ziekenhuizen, de centra geestelijke gezondheidszorg, ...

Het crisisprogramma van ADIC duurt ongeveer één maand en heeft als doel fysieke ontwenning, motiveren tot eventuele verdere behandeling, oriëntatie en doorverwijzing naar verdere behandeling.
De doelgroep zijn mensen met verslavingsproblemen tussen 18-35 jaar.
Ontwenning gebeurt in het centrum zelf, onder medische begeleiding. Ze wordt zo kort mogelijk gehouden (+/- 10 dagen). Indien intensieve medische begeleiding noodzakelijk is wordt doorverwezen naar een ziekenhuis.

Het crisisprogramma vormt een drugvrije setting die afkicken in een veilige en gestructureerde omgeving mogelijk maakt. Het intensief programma, waarin mensen geconfronteerd worden met hun eigen mogelijkheden en grenzen, en die van anderen, vindt plaats in een sterk gestructureerd groepsprogramma. Ouders en/of partners worden bij de behandeling betrokken. Dit gebeurt ook, indien nodig, met verwijzers.

Men wordt voorbereid op eventuele verdere behandeling en begeleid bij de doorverwijzing. Ambulante nazorg is niet voorzien.

Het crisisprogramma in het <u>CIC-De Sleutel</u> richt zich in de eerste plaats op die groep van personen die als gevolg van hun verslavingsproblematiek in een crisissituatie is geraakt. Deze verslavingsproblematiek kan zowel illegale drugs, alcohol als medicatie betreffen. Ze komen hulp vragen op een moment dat ze echt last ondervinden van hun druggebruik en zijn dan vatbaar om professionele hulp te aanvaarden. Directe interventie is dan zeer aangewezen. Tegenindicaties voor crisisopname in het CIC zijn wel levensbedreigende en/of andere medische urgenties en een psychiatrische indicatie. Een vlotte samenwerking met de spoedopnamediensten van de ziekenhuizen is dan ook van het allergrootste belang. Het doel van de crisisinterventie naar de hulpvrager toe is opvang, verstrekken van acute medische hulp en inventarisatie van de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene. Voorts wordt begeleiding voorzien van de cliënten op de diverse maatschappelijke domeinen: familiaal, psychosociaal, administratief, justitieel, voorzover daar een acute interventie nodig is. Er wordt zonodig ook doorverwezen voor behandeling. Daarnaast wordt ook heel wat aandacht gegeven aan het aspect preventie door een aangepaste voorlichting onder andere over de risico's bij druggebruik.

De rol van het crisisprogramma ten aanzien van de hulpverlening is de volgende:

- een duidelijk afgebakende locatie voor hogergenoemde hulpvragen aanbieden;
- ontlasting van andere diensten;
- snellere interventie, waardoor gevaren van druggebruik op persoonlijk, familiaal en maatschappelijk vlak tijdig kunnen gecoupeerd worden
- een snelle en gepaste verwijzing
- korte opname (gemiddeld 7 dagen) en directe opvang indien verdere doorverwijzing niet onmiddellijk kan.

Het programma biedt zowel individuele begeleiding, groepsbegeleiding als multidisciplinair werken. Er worden ook strikte leef- en uitsluitingsregels gevolgd. Ingeval de cliënten bijvoorbeeld op middelengebuik worden betrapt of op het gebruik van geweld of het dreigen met fysisch geweld, volgt onmiddellijke uitsluiting.

De Sleutel biedt naast het zuivere crisisprogramma ook nog een motivatieprogramma aan, dat niet echt te vergelijken is met een kortdurend therapeutisch programma maar wel verdergaat dan pure crisisopname. Na ontslag uit het crisisprogramma kunnen de cliënten kiezen voor ontslag of voor het volgen van een motivatieprogramma dat twee à drie weken duurt. Het kortdurend behandelingsprogramma biedt dagdagelijkse leersituaties. Er wordt gewerkt via motivatietechnieken om aldus te stimuleren tot probleemoplossend gedrag. Cliënten die een behandeladvies komen vragen, komen ook in aanmerking voor dit motivatieprogramma. In het motivatieprogramma is ook reeds veel ruimte voor groepsdynamiek en voor een duidelijke hiërarchische structuur.

De doelstellingen van het crisisprogramma in <u>Kompas</u> zijn drievoudig. Vooreerst wil men personen met drugverslaving in crisistoestand opvangen en daarbij de nodige begeleiding geven, zowel op fysiek, psychisch als sociaal vlak. In het crisisprogramma is er eveneens ruimte voor fysieke ontwenning onder begeleiding van een arts. Deze ontwenning gebeurt zowel medicamenteus als niet-medicamenteus. Tenslotte wordt de verslaafde nog gestimuleerd om aan zijn drugprobleem te werken. In tegenstelling tot de andere residentiële revalidatiecentra richt Kompas zich expliciet en uitsluitend op illegale drugverslaafden.

Het crisisprogramma verloopt er doorgaans in vier fasen, waarin een stijgende betrokkenheid van de nieuwe bewoner wordt gestimuleerd. In de leefgroep neemt hij een aantal taken en verantwoordelijkheden op zich. In de eerste week van zijn verblijf wordt van de bewoner verwacht dat hij zijn levensverhaal op papier zet. Tijdens die eerste week is alle contact met familie of vrienden verboden. In de tweede fase (twee weken duurtijd) worden geleidelijk meer verantwoordelijkheden ingebouwd. Deze hebben betrekking op het huishouden, de keuken, sport, creativiteit, thema en weekenduitstappen. Vanaf de tweede week wordt ook getracht het gezin of de familie bij de behandeling te betrekken. De vierde week vormt de 'keuzeweek'. De bewoner heeft een aantal doelstellingen behaald. Nu is het aan hem om verdere keuzes voor

de toekomst te bepalen. Er wordt zowel een zelfevaluatie als een evaluatie door de medebewoners en de staf gemaakt. Hij wordt vervolgens georiënteerd voor verdere behandeling. Deze kan zowel ambulant zijn als een kortdurend therapeutisch programma als een verwijzing naar een therapeutische gemeenschap. Het crisisprogramma eindigt met een oriëntatiemoment. Dit bestaat erin dat een behandelingscontract wordt opgesteld samen met het team, dat de bewoner op zijn beurt naar zijn gezin of familie toe zal verdedigen.

4.2.1.2.2 Kortdurend therapeutisch programma

A.D.I.C. in Antwerpen en Kompas in Kortrijk bieden naast hun crisisprogramma ook nog een 'kortdurend behandelingsprogramma' aan.

Het kortdurende therapeutisch programma van ADIC is bedoeld voor jonge drugverslaafden met een relatief korte verslavingsgeschiedenis en/of voor hen die gebaat zijn met een gedragsmatige en op de realiteit gerichte aanpak. Opname is mogelijk na 3 introductiegesprekken, mits wederzijds akkoord. Men moet fysiek ontwend zijn bij opname.
De totale behandelingsduur bedraagt 1 jaar, nl. 4 maanden opname en 8 maanden ambulante nazorg.
Het behandelingsdoel is reïntegratie en resocialisatie. Geen drugs gebruiken is een voorwaarde. Het programma is gebaseerd op de algemene systeem theorie. Bewoners leren zichzelf kennen in relatie tot hun sociaal netwerk, ze leren terug omgaan met hun omgeving op een maatschappelijke verantwoorde manier. Het therapieprogramma omvat naast een intensieve individuele begeleiding vooral groepstherapeutische momenten. De nadruk blijft evenwel liggen op de individuele context van elke bewoner afzonderlijk.

Het kortdurend therapeutisch programma voor jong-volwassenen, aangeboden door Kompas draagt een andere naam: De Kier. Het doelpubliek zijn jongeren die gestabiliseerd zijn qua gebruik en ontwenning, maar die verdere behandeling nodig hebben teneinde te kunnen functioneren in de samenleving zonder nood aan verslavende middelen. Het initiatief van dit kortdurend programma is gegroeid vanuit de ervaring dat er in de drughulpverlening in België en zeker in de regio hiaten waren. Sommige bewoners van het crisisprogramma konden niet meer worden doorverwezen naar een therapeutische gemeenschap of naar een psychiatrisch ziekenhuis en bleven aldus in de kou staan. Dit kortdurend programma wil een antwoord zijn op de nood van die mensen die niet onmiddellijk na het crisisprogramma de stap naar de samenleving toe kunnen zetten.

4.2.1.2.3 Langdurend therapeutisch programma

De Spiegel in Brussel, De Kiem in Oosterzele, De Sleutel in St. Martens-Latem en Ovaal in Lokeren vormen vier therapeutische gemeenschappen met een langdurend programma dat kan uitlopen tot 18 maanden. Katarsis in Genk heeft een iets kortere programmaduur. Hier wordt een minimum van 6 maanden vooropgesteld.

Het programma van De Spiegel is modulair opgebouwd[21]. Dit programma wil in de eerste plaats een therapeutisch aanbod op maat van de cliënt aanbieden. In functie van de eigen motivatie kan de bewoner het volledige programma in één keer of in verschillende afzonderlijke keren doormaken. 'Met succes' beëindigde modules hoeven dan niet telkens te worden overgedaan. De therapiemodules blijven zich evenwel situeren binnen het krachtige kader van de drugvrije hiërarchisch gestructureerde therapeutische gemeenschap.

Elke module duurt ongeveer drie maanden. In de eerste module staat het loskomen van drugs en van de drugwereld centraal. De 'oudere' bewoners hebben vooral een voorbeeld en steunfunctie. De therapeutische correctie in deze eerste module bestaat in het verhinderen van acting-outgedrag en in het aanleren van rechtstreekse communicatie. In de tweede module wordt gewerkt aan een nieuwe toekomst zonder drugs. Aan de bewoner worden nieuwe en grotere verantwoordelijkheden toebedeeld binnen de therapeutische leefgemeenschap.

[21] Martens J., Het nieuw modulair programma, in: De Spiegel, '92 Jaarverslag, pp. 17-21

Emotionele en familietherapie komen op het voorplan. Pijnlijke ervaringen uit het verleden worden hier verwerkt. De derde module is de 'keuzemodule'. Ze regelt de overgang van de leefgroep naar de concrete reïntegratie. De bewoner neemt meer tijd buiten de leefgroep en onderzoekt de mogelijkheden voor arbeid of bijscholing via de V.D.A.B. of elders. Daarnaast is er nog veel ruimte voor psychotherapeutische gesprekken. De vierde module wordt besproken in het kader van de overgangsvoorzieningen, omdat deze in werkelijkheid samenvalt met de principes van het tussenhuis bij de andere TG's.

De opnameprocedure bij Katarsis begint met de aanmelding door verslaafde zelf of via een doorverwijzer. Meestal gebeurt dit telefonisch. Hierna wordt zo snel mogelijk een afspraak geregeld, waaruit één of meerdere intakegesprekken volgen. De functie van het intake-gesprek is dubbel:
* kennismaking en informatieverstrekking omtrent de wijze waarop de therapeutische gemeenschap werkt;
* peiling naar de motivatie van de kandidaat-bewoner. Hiervoor zijn vaak meerdere gesprekken noodzakelijk.

In het behandelingsprogramma van Katarsis zelf wordt ook gewerkt volgens het model van drugvrije therapeutische gemeenschap. Er is een scherp afgelijnde dagstructuur als alternatief op de chaotische leefwereld vanwaaruit de verslaafde vaak komt. Katarsis heeft daartoe een drie-fazen programma. De eerste fase van twee maanden is verdeeld in een deel lichamelijke ontgiftiging, een aanpassing aan het gestructureerd dagritme, het leven in groep en in een deel evaluatie van het verblijf en een bewuste keuzen om ermee verder te gaan of niet. In de tweede fase wordt gewerkt aan het opbouwen en verbeteren van de sociale contacten. Er is de stapsgewijze uitbouw van de vrije weekends. Nadat de bewoner bewezen heeft dat hij in staat is om een vooraf gepland weekend goed en drugvrij door te brengen wordt het aantal vrije weekends geleidelijk aan vermeerderd. De derde fase van het programma staat al volledig in het teken van de reïntegratie van de ex-verslaafde. Hij wordt gestimuleerd tot het zoeken van een geschikte opleiding of werk of vrijwilligerswerk. Doorheen het ganse programma wordt zeer intens met de familie en/of partner samengewerkt, zodat ze eveneens betrokken worden in het ontwenningsproces van zoon/dochter, vriend/vriendin, echtgenoot/-note.

De Kiem heeft een doelgroep tot 40 jaar. Het gaat om jongvolwassenen met afhankelijkheid van drugs in de ruimste betekenis van het woord. Als uitingsvormen van deze problematiek worden ook, naast afhankelijkheid van illegale drugs, alcohol of medicatie ook justitiële contacten, breuken in het sociaal functioneren en persoonlijke ontreddering onder de bewoners teruggevonden.

Het geheel van de werking is erop gericht dat:
- ex-bewoners in staat zijn te leven zonder afhankelijkheid van illegale drugs, alcohol en/of medicatie;
- de integratie verloopt met een voldoende mate van positief welbevinden;
- de betrokkene werkt, een opleiding volgt of een werkloosheidsuitkering geniet;
- hij/zij in staat is een zinvolle vrijetijdsbesteding uit te bouwen;
- de betrokkene de contacten onderhoudt met familie, vrienden en kennissen

Binnen de Kiem wordt gewerkt vanuit een expliciet orthopedagogische oriëntatie[22]. Men kiest voor een totaalbenadering. Geen enkel theoretisch psychologisch of medisch model krijgt de bovenhand. Als antwoord op de chaotische levensstijl van de verslaafde wordt een gestructureerd programma aangeboden waarin zowel de zelfhulpgedachte als de inbreng van groepsdynamische aspecten belangrijke topics vormen. Daarnaast is er ook ruimte voor een individueel behandelingsplan. Pedagogisch wordt getracht 'volwassenheid' bij te brengen, therapeutisch wordt geprobeerd de betrokkene psychisch gezond te laten functioneren. De therapeutische gemeenschap is aldus een leef- en werkstructuur waarin een duidelijke wisselwerking bestaat tussen leefstructuur, encounter en therapie.

Het programma verloopt in meerdere fasen:

---

[22] Vandevelde D., Werking vzw De Kiem, in: De Kiem vzw, Jaarverslag 1993, pp.4-7

A. Via introductiegesprekken wordt de kandidaat voorbereid op een residentieel verblijf. Deze gesprekken gebeuren ambulant;
B. Via het onthaal leert de potentiële bewoner de therapeutische gemeenschap kennen met zijn eigen gewoontes, regels en waarden. Deze fase verloopt residentieel. Na veertien dagen wordt beslist of de betrokkene definitief in de groep wordt opgenomen.
C. Betrokkene wordt bewoner en start zijn leerproces. Geleidelijk aan leert hij zichzelf en de anderen vertrouwen, leert hij regels en afspraken respecteren, leert hij nieuwe omgangsvormen kennen, leert hij gevoelens onderkennen en ze eerlijk te uiten. Hij leert ook voldoening ervaren bij het nemen van verantwoordelijkheden.
D. De betrokkene zet de stap terug naar de samenleving. Hij wordt opgenomen in het halfweghuis, waar de nadruk meer ligt op individuele begeleiding. De geleerde kennis, vaardigheden en waarden moeten nu buiten de beperkte leefgemeenschap worden waar gemaakt.
E. Er is nog wat ambulante nazorg achteraf, wanneer de ex-bewoner ook het halfweghuis heeft verlaten.
F. Eén jaar na het verlaten van het halfweghuis worden de ex-bewoners 'gegradueerd'. Dit is een moment van erkenning door eenieder die hem/haar omringt dat het veranderingsproces is afgesloten en dat hij terug zijn eigen weg kan gaan, evenwel niet meer alleen.

Inzake de TG - De Sleutel zijn er op het vlak van behandelingsfilosofie heel wat overeenkomsten met De Kiem. De diverse fasen waarvan sprake bij de Kiem verlopen bij de Sleutel evenwel niet allemaal binnen dezelfde entiteit. Een gedeelte van de werking binnen de dagcentra van De Sleutel is te vergelijken met de introductiegesprekken waarvan sprake bij de Kiem. De onthaalfase bij de Kiem wordt binnen de Sleutelgroep overgenomen door het crisiscentrum. Voor wat betreft de verdere fasen zijn er nog weinig verschilpunten. De nadruk ligt sterk op het zelf opnemen van verantwoordelijkheden en een belangrijk element in de behandeling is het werken met ervaringsdeskundigen. Dit zijn ex-verslaafden die daartoe werden opgeleid en voldoende ervaring hebben. Niet alle ex-bewoners komen daarvoor evenwel in aanmerking. In het denkmodel van de Sleutel past het ook beter te werken met een iets grotere groep dan nu het geval is. Een leef- en werkgemeenschap van +/- 30 à 35 man/vrouw lijkt ideaal. Dit geldt eveneens voor De Kiem. Beide TG's hebben hiertoe bij het RIZIV een vraag tot uitbreiding ingediend.

Een belangrijk verschilpunt van de psychotherapeutische gemeenschap Ovaal ten opzichte van de drugvrije therapeutische gemeenschappen vormt ondermeer de doelgroep en het daarmee samenhangende programma. Ovaal krijgt veel meer te maken met 'verslaafden' die bovendien nog te kampen hebben met zware persoonlijkheidsstoornissen. Bij Ovaal zou men eigenlijk veeleer kunnen spreken van een langdurend residentieel nazorgprogramma. De gelijkenis is vooral groot met het Beschut Wonen in de psychiatrische sector.

4.2.1.3 OVERGANGSVOORZIENING: HET TUSSENHUIS

Op welke filosofie zijn de tussenhuizen van de diverse 'langdurende programma's gebaseerd?

De nazorgmodule van de Spiegel[23] is vergelijkbaar met het halfweghuis van de Kiem en het tussenhuis van de Sleutel. Bij laatste twee genoemden gaat de bewoner effectief in een ander huis wonen, terwijl in eerstgenoemde de bewoner op een andere verdieping gaat wonen in hetzelfde gebouw van de TG, waar een klein appartementje gevestigd is. De ex-bewoner woont hier zelfstandig, heeft een eigen sleutel van het huis/gebouw en een eigen kamer. Hij zorgt voor eigen onderhoud en eten. 's Avonds en tijdens de weekends kan de bewoner zijn vrije tijd buiten de TG doorbrengen. Het is de eerste belangrijke stap in de richting van separatie-individuatie ten aanzien van de TG. Er zijn wel nog gemeenschappelijke momenten.

De bewoners van het tussenhuis hebben nu gedurende een achttal maanden op een zeer gestructureerde manier samengeleefd in de leefgroep. Deze structuur bood houvast en veiligheid, maar beperkte eveneens de bewegingsvrijheid. Voor een ex-gebruiker is het dan ook een hele opgave om niet te blijven schipperen tussen de verleiding van de vrijheid en de

---

[23] Engelhardt P., De reïntegratie, in: De Spiegel, '93 Jaarverslag, pp.27-33

verleiding van de zekerheid. In de reïntegratiefase wordt op drie verschillende niveaus structuur aangeboden aan de ex-verslaafde:

- een tijdstructuur
- een inhoudelijke structuur
- de doelen

Het schema van op vaste momenten opstaan, eten, werken, ontspannen en slapen biedt een vaste dagstructuur. Deze vaste dagplanning moet de bewoner trachten te verzoenen met de eisen van de samenleving buiten de TG, maar ook met de eisen van de therapie die nog verder loopt binnen de TG. Deze tijdsstructuur blijft de bewoner grenzen aangeven, die hem moeten helpen zich te situeren tegenover het therapeutisch proces.

Qua inhoudelijke structuur komen er in deze laatste fase activiteiten bij en vallen er andere weg. De contacten met de leefgroep worden beperkt tot een gemeenschapsraad en tot de nachtverantwoordelijkheid. De sociotherapie richt zich meer op activiteiten buitenshuis: een stage in een crisiscentrum voor druggebruikers, waarbij de confrontatie met mensen in een motivatiefase voor therapie aan bod komt. Vrijwilligerswerk in de socio-culturele sector waarbij hij kan wennen aan een normaal werkritme en zich kan inzetten voor een sociaal doel. Het uitzoeken van persoonlijke interesses. Een andere inhoudelijke pijler is nog steeds de psychotherapie. Wekelijks is er nog psychotherapiegroep, waarbij de klemtoon nu ligt op het zelfexploratie-aspect in een veilige sfeer. Een derde pijler vormt de familiewerking. Het contact met de familie wordt geïntensifieerd. De klemtoon komt te liggen op afscheid nemen van de TG en de hiermee gepaard gaande gevoelens van de familieleden, die nu ook de zekerheid van het verblijf in de TG moet loslaten. De aandacht gaat nu naar de risico's op herval of op andere mislukkingen. Het is terug aan hen om gedeeltelijk verantwoordelijkheid op te nemen en een waardevolle steun te zijn voor de ex-bewoner. Tenslotte zijn er nog de concrete doelen die houvast bieden. Dergelijke doelen zijn: het zoeken van een woonst, een vaste dagstructuur, een ondersteunend sociaal netwerk en afscheid nemen van de TG.

Concluderend kan men stellen dat de reïntegratiefase een kader biedt voor een groeiproces dat te vergelijken is met een ontwikkelings-psychologische fase, met name die van de adolescentie.

Bij de TG Katarsis is er vandaag nog geen tussenhuis voorzien. In het kader van de uitbreidingsaanvraag zou men in 1995 wel met een tussenhuis willen starten. Er is al een naam voorzien: 'de Overloop'.

Bij de Kiem worden de bewoners van het halfweghuis wel opgesplitst in twee groepen:
- deze die de vierde fase van hun programma hebben doorlopen. Degenen die onder dit statuut vallen, situeren zich eveneens in de laatste fase van het door het RIZIV erkende programma. De bewoners worden er individueler gevolgd. Naast de engagementsvereiste ten aanzien van de leefgroep is de aandacht voornamelijk gericht op reïntegratie.
- deze die nog in het halfweghuis verblijven, maar zich niet meer situeren binnen het kader van het door het RIZIV erkende programma. Dit nazorgprogramma blijft open voor bewoners die reeds werken of een opleiding volgen. Hun verblijf wordt geregeld via een huurderscontract. De opnameduur wordt individueel en per bewoner afzonderlijk bepaald.

Bij De Spiegel kunnen de bewoners van het appartement na afloop van het programma nog overgaan naar een echte beschutte woonvorm, die als zodanig ook erkend is.

4.2.1.4 SECTOR RESIDENTIEEL WELZIJNSWERK

Hoger werd al aangegeven dat de sector residentieel welzijnswerk niet in eerste instantie geplaatst is voor de eigenlijke behandeling van drugproblematiek. Nochtans sluit ook hun opdracht nauw aan bij de specifieke problematiek van de drugverslaafde. De thuisloze wordt omschreven als iemand die aan de rand van de samenleving is terechtgekomen en doorgaans geen banden meer heeft met familie, vrienden, kennissen waarop ze voor steun kunnen terugvallen. In de specifieke opdracht van elk van de diverse soorten residentieel welzijnswerk

zitten aldus meerdere elementen die ook behoren tot de noodzakelijke hulp aan een bepaalde groep druggebruikers/verslaafden.

Het residentieel welzijnswerk dient in de eerste plaats een antwoord te bieden aan de meest primaire behoeften van elke hulpvrager: bed, bad, brood. Dit is met name de eerste maar noodzakelijke voorwaarde om verder te kunnen werken aan de dieperliggende oorzaken van hun thuisloosheid. In de verdere begeleiding wordt voorts aan volgende zaken gewerkt:
- het in orde stellen van het sociaal-administratief dossier;
- het stimuleren van een grotere zelfverantwoordelijkheid en zelfwerkzaamheid door het aanleren van praktische vaardigheden. Deze hebben betrekking op sociale administratie, lichaamsverzorging, gezonde voeding, verzorgde kledij en onderhoud van de eigen huisvesting;
- hulp op het vlak van inkomensverwerving, hetzij door het vinden en houden van werk, hetzij door hun rechten te laten gelden op een vervangingsinkomen. Daarnaast is budgetbegeleiding ten aanzien van deze doelgroep vaak aangewezen;
- het opbouwen of heropbouwen van steunende sociale relaties. De bewoners worden geholpen bij het terug aansluiting vinden bij vroegere relatiekringen en/of bij het opbouwen en onderhouden van nieuwe relaties.

Deze problematieken worden zowel individueel als groepsgericht aangepakt. In de groepsaanpak wordt een mogelijkheid gezien om steun te putten en inzicht te verwerven in het feit dat deze mensen niet alleen staan in hun strijd tegen huisloosheid. Naarmate het verblijf vordert komen meer en meer individuele en gecumuleerde problematieken aan het licht. Verslavingsproblematiek is daar één van. Op dat ogenblik is het van het allergrootste belang dat de residentiële centra voor welzijnswerk beroep kunnen doen op ambulante voorzieningen die in die specifieke problematiek gespecialiseerd zijn: centra geestelijke gezondheidszorg, dagcentra inzake drugproblematiek, centra voor levens- en gezinsvragen, psychiatrie...

In de residentiële opvang voor jongvolwassenen ligt de opdracht van deze sector nog specifieker. Voor deze jonge mensen is dan ook een intens residentieel begeleidingsprogramma voorzien. Hun werking is expliciet gericht op jongvolwassenen waarvan de ontwikkeling wordt gekenmerkt door een combinatie van persoonlijke, relationele en maatschappelijke kwetsbaarheid, die niet langer in hun oorspronkelijk milieu kunnen verblijven maar ook niet in staat zijn om zelfstandig te wonen en leven. Behalve het verlenen van onderdak is voor deze mensen intensieve individuele en/of groepsgerichte psycho-sociale begeleiding noodzakelijk. Deze is gericht op het verhogen van de persoonlijke weerbaarheid, op het herstellen of opbouwen van een relatienetwerk en op het verhogen van de maatschappelijke zelfredzaamheid en participatie. Aan de betrokkenen worden praktische en sociale vaardigheden aangeleerd die nodig zijn om zelfstandig te kunnen wonen, een inkomen te verwerven en te beheren. Ze leren eveneens de wettelijke rechten en plichten kennen en worden aangezet ze na te leven. Zo ook wordt hen inzicht gegeven in de maatschappelijke voorzieningen en de hulpverlenende instanties wanneer zij bepaalde vragen zouden hebben.

Het residentieel welzijnswerk kent tenslotte nog werkvormen waarbinnen de drugproblematiek zeker ook aan bod komt: de centra voor residentiële crisisopvang. Crisis wordt hier omschreven als een acute noodsituatie die onstaat ten gevolge van een verstoord evenwicht tussen de draagkracht en draaglast van de betrokkene. Zo'n crisiscentrum heeft a fortiori de taak voor de ganse regio de algemene opdracht van algemeen welzijnswerk waar te maken. Dit gebeurt in ruime mate doordat het crisiscentrum een vrij goed gekend aanmeldingspunt is voor cliënten en verwijzers. Er komen dus zeer veel hulpverleningsoproepen binnen. Het crisiscentrum komt in eerste instantie tussen met het oog op het opheffen van de crisis en het onmiddellijk opstarten van de hulpverlening. Dit wil zeggen dat aan probleemdetectie, probleemformulering en zo mogelijk probleemoplossing gedaan moet worden op korte termijn en/of aan doorverwijzing naar een andere instelling. Er wordt ook motiverend gewerkt naar de cliënt toe om na het opheffen van de crisis verder te werken aan zijn onderliggende problemen. Daartoe wordt ook hier een begeleidingsplan uitgewerkt. Typisch aan crisisopvang in vergelijking met directe opvang is naast het feit dat ze direct bereikbaar is 24u op 24u, de onmiddellijke start van de psychosociale hulpverlening vanuit de aanmeldingsproblematiek. Daartoe maakt de hulpverlener gebruik van veelvuldige contacten met de hulpvrager en zijn omgeving. In het

crisiscentrum wordt gepoogd greep te krijgen op drie evenwichtsbeïnvloedende factoren bij het ontstaan en oplossen van een crisis:
- mate waarin crisis als realistisch wordt waargenomen door de betrokkene en zijn omgeving;
- de voorhanden adequate oplossingsstrategieën;
- de voorhanden zijnde adequate externe steun.

Een crisiscentrum zal in eerste instantie steeds een opname trachten te vermijden. Daarom moet onmiddellijk bij de aanmelding een correcte vaststelling van het probleem kunnen gebeuren. Hieruit moet één van volgende conclusies kunnen getrokken worden:
- de cliënt zal voldoende evenwicht vinden zodat verdere deskundige hulp niet meer nodig is;
- de cliënt moet worden opgenomen;
- de cliënt wordt doorverwezen naar meer gespecialiseerde hulp.

Eens opgenomen is het verdere begeleidingsplan in eerste instantie reïntegratiegericht. Dit wil meer concreet voor de persoon in crisissituatie zeggen dat alle aandacht moet gaan naar activiteiten die het optimaal functioneren van de betrokkene kunnen herstellen of behouden. Zo mogelijk en wenselijk wordt hierbij altijd het natuurlijke milieu van de cliënt betrokken. Dit is vooral van toepassing voor diegenen die zich in een isolement bevinden.

Op de grens van het residentieel welzijnswerk bestaat nog een werkvorm gekend onder de naam van 'het begeleid wonen voor jongvolwassenen'. Het gaat over jongeren die wel zelfstandig wonen en over een eigen inkomen beschikken, maar die nog nood hebben aan de nodige begeleiding om de toestand tenminste zo te kunnen houden. Daartoe wordt een begeleidingspakket voorzien gebaseerd op een pedagogisch concept inzake zelfredzaamheidstraining. Er worden leersituaties aangeboden aan de betrokkenen gericht op het verwerven van:
- materiële zelfstandigheid (voeding, hygiëne, kleding, was, woningonderhoud, ...)
- financiële zelfstandigheid (budgetbegeleiding)
- sociale zelfstandigheid (tewerkstelling, administratieve verplichtingen, relaties, vrijetijd)
- emotionele zelfstandigheid (psychische stabiliteit, frustratietolerantie, zelfbeheersing, assertiviteit)

De centra bieden dan ook een intensieve trainingsgerichte woonbegeleiding. Zowel persoonsgebonden problemen, als relationele bekwaamheden, financiële problemen an zelfredzaamheid worden in het begeleidingsplan opgenomen. Eventuele therapeutische begeleiding wordt dan vanuit het centrum opgezet in samenspraak met centra geestelijke gezondheidszorg, centra voor levens- en gezinsvragen, ... Inzake de toenemende confrontatie met drugproblematiek passen de nog op te richten en de reeds werkende dagcentra inzake drughulpverlening in dit rijtje.

4.2.2 Ambulante voorzieningen

4.2.2.1 Centra voor geestelijke gezondheidszorg

Specifiek voor afhankelijkheidsproblematiek werd uit de registratiegegevens gehaald waaruit de belangrijkste activiteiten bestaan van het multidisciplinair team in de centra geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van deze cliënten. De activiteiten worden hier wel allemaal samen geteld, wat maakt dat meerdere activiteiten ten aanzien van eenzelfde cliënt te situeren zijn en er bijgevolg heel wat meer activiteiten worden gerealiseerd dan het aantal cliënten. Per cliënt zijn gemiddeld negen activiteiten mogelijk.

Op Vlaams niveau werden in 1993 28782 activiteiten geregistreerd ten aanzien van 3315 cliënten die afhankelijkheid van middelen als eerste of tweede aanmeldingsklacht opgaven. Het grootste deel activiteiten ten aanzien van precies deze doelgroep bestaat uit individuele psychotherapie (33% van de activiteiten). Dit geldt zowel voor alle afhankelijkheidsproblemen

samen als naar aard van de afhankelijkheid afzonderlijk (alcohol 32,7%; medicatie 42%; illegale drugs 30,6% en andere + niet nader gespecifieerd (NNG) afhankelijkheid 34,9%). Met andere woorden, individuele psychotherapie vormt de belangrijkste activiteit ten aanzien van cliënten met een alcoholprobleem, cliënten met een medicatieprobleem, cliënten met een illegaal drugprobleem en cliënten met een ander en/of NNG afhankelijkheidsprobleem.

De tweede grootste groep van activiteiten ten aanzien van de groep cliënten met een afhankelijkheidsprobleem zijn de "andere activiteiten" (21,8% van de activiteiten ten aanzien van cliënten met een afhankelijkheidsprobleem). Ook hier geldt dit voor alle soorten van afhankelijkheid (alcohol 20,8%; medicatie 19,2%; illegale drugs 25,2%; andere + NNG afhankelijkheid 21,3%). De registratiegegevens laten jammer genoeg niet toe deze "andere activiteiten" verder te analyseren. Een meer diepgaande studie terzake is daartoe noodzakelijk.

Nochtans is het belang van de andere nog niet genoemde activiteiten ook niet te onderschatten. In volgorde van frequentie van voorkomen worden volgende activiteiten nog gesignaleerd ten aanzien van cliënten met een afhankelijkheidsprobleem:

Tabel 86: Aard van de activiteiten in de centra geestelijke gezondheidszorg ten aanzien van afhankelijkheidsproblematiek

ACTIVITEIT	ABSOLUUT AANTAL	PERCENT (afgerond)
intake	2315	8
sociale begeleiding	2064	7
adviesgesprek	1630	6
medicamenteuze behandeling	1292	4,5
echtpaartherapie	1246	4
andere therapie	1119	4
diagnostische activiteiten	758	3
gezinstherapie	555	2
follow-up gesprek	447	1,5
financiële, materiële en administratieve bijstand	423	1,5
groepspsychotherapeutische activiteiten	416	1,5
therapeutische voorbereiding	219	1
psychotherapeutische activiteit	147	0,5
ouderbegeleiding	88	0,3
andere psychotherapeutische activiteit	81	0,3
oudertherapie	76	0,3
andere dan individuele psychotherapie	64	0,2

Naargelang de aard van die afhankelijkheid liggen de accenten hier en daar verschillend. Verhoudingsgewijs gebeuren er ten aanzien van alcoholverslaafden iets meer diagnostische activiteiten, andere therapeutische activiteiten, financiële/administratieve/materiële bijstandsactiviteiten, sociale begeleiding en andere therapie dan ten aanzien van de andere afhankelijkheidsproblemen.

Ten aanzien van medicatieverslaving is er ten opzichte van de andere afhankelijkheidsproblematiek iets meer groepspsychotherapie, individuele psychotherapie en medicamenteuze behandeling.

Ten aanzien van illegale drugverslaving worden verhoudingsgewijs iets meer intake-activiteiten, oudertherapie, gezinstherapie, andere psychotherapie, adviesgesprekken, ouderbegeleiding en therapeutische voorbereidingen vastgesteld.

Dezelfde gegevens werden ook gevraagd op het niveau van de provincie. In wat volgt worden telkens de twee belangrijkste activiteiten ten aanzien van afhankelijkheidsproblematiek opgegeven per provincie. Binnen de CCG van Antwerpen vormen individuele psychotherapie en andere therapie de belangrijkste activiteiten ten aanzien van afhankelijkheidsproblematiek. Voor de CGG van Brabant (exclusief Brussel) zijn het "andere activiteiten" en individuele psychotherapie (in die volgorde). Voor de CGG van Brussel is het eveneens individuele

psychotherapie en "andere activiteiten". De CGG van Limburg leveren hetzelfde beeld op. De CGG van Oost-Vlaanderen en van West-Vlaanderen eveneens.

Het grote aandeel van "andere activiteiten" in het geheel van de activiteiten binnen de cggz ten aanzien van afhankelijkheidsproblematiek vormt een indicatie dat de bestaande registratie onaangepast is aan de specifieke aard van de activiteiten ten aanzien van afhankelijkheidsproblematiek. Ook hier is een meer diepgaande studie aangewezen.

4.2.2.2 DAGCENTRA INZAKE DRUGHULPVERLENING

Het **dagcentrum van de Sleutel te Antwerpen** is in de eerste plaats bedoeld als een laagdrempelige opvang. Er wordt gewerkt, vanuit een aanvaardingsperspectief. Daartoe is aan elk dagcentrum voor drugverslaafden een straathoekwerker verbonden.

Voor behandeling in een dagcentrum komen vooral druggebruikers/-verslaafden in aanmerking die nog voldoende geïntegreerd zijn[24]. Het zijn ofwel jonge druggebruikers met een korte verslavingscarrière, ofwel al wat oudere druggebruikers die al gedurende langere periodes drugs gebruiken, maar nog een stabiele woonsituatie hebben, geïntegreerd zijn in het arbeidsproces en/of nog een familiaal leven hebben.

Een tweede doelgroep bestaat uit druggebruikers die al vele jaren verslaafd zijn en op meerdere wijzen getracht hebben ermee te stoppen, maar daar nooit in slaagden. Ze staan negatief ten opzichte van hun kansen om ooit nog drugvrij te kunnen leven. Zij staan ongunstig/weigerachtig tegenover hulpverlening die onmiddellijk ontwenning als voornaamste doel stelt. Hiermee wordt in de behandeling rekening gehouden door enkel te werken aan de concrete hulpvragen die ze stellen. Wel wordt nagestreefd hen te doen evolueren naar ontwenning toe. Wanneer ook dàt niet haalbaar blijkt, streeft de begeleiding beperktere doelen na, met name het reduceren van de negatieve gevolgen van verslaving.

Voor het **dagcentrum van de Sleutel te Mechelen** gelden in feite dezelfde principes als voor Antwerpen. Dit dagcentrum legt evenwel een bijzonder accent naar de maatschappelijk achtergestelde jongeren toe[25]. Een deel van de beoogde doelgroep is allochtoon. Een groot deel van de huidige gekende druggebruikers zijn immers migrantenjongeren en jongeren in maatschappelijk achtergestelde posities. Het gaat dan vooral om illegale druggebruikers, met een hoog aantal zwaar geproblematiseerde hasjgebruikers.

Het onthaal in het DCM gebeurt hoofdzakelijk via telefonische contacten. Daarbij wordt erop aangedrongen dat het de gebruiker zelf is die een afspraak moet maken. Een eerste aanmelding gebeurt hier zelden via een persoonlijk contact. Sommigen doen ook een aanvraag tot behandeling tijdens hun internering. Het DCM krijgt drie soorten van cliënten: jonge druggebruikers met een korte verslavingscarrière; langdurig verslaafden met vele stoppogingen zonder succes en de naastbestaanden van illegale druggebruikers. In de behandeling worden twee pistes gevolgd: deze van de dagwerking en deze van de individuele begeleiding. Er zijn ook twee groepen: één voor de Belgen en één voor de Marokkanen.

De dagwerking bestaat uit een werkblok en een educatief blok. Beide hebben ze een therapeutische waarde. Het werkblok houdt herstellings- en verfraaiingswerken in, het educatief blok bevat kookmomenten, sportactiviteiten, gespreksgroepen, en uitstappen. De begeleiding is vooral superviserend, observerend en begeleidend. In tegenstelling tot de andere dagcentra van de Sleutel worden er in Mechelen geen substitutieproducten toegediend. De aanpak is multidisciplinair en bevat elementen van systeemtherapie met verwijzing naar het gezinssysteem.

De bedoeling van het **dagcentrum van de Sleutel te Brussel** is hetzelfde basisaanbod te hebben als de andere dagcentra van De Sleutel[26]. Daarnaast worden een aantal specifieke

24 De Sleutel, Dagcentrum Antwerpen, Jaarverslag 1993, pp.2-10

25 De Sleutel, Dagcentrum Mechelen, Jaarverslag 1994, deel 1: inhoudelijke werking, 22p

26 Franssen A., Dagcentrum Brussel, in: Tijdschrift voor Verslavingsproblematiek 94/2, p.22

projecten ontwikkeld. Deze worden specifiek gericht naar een groep jongeren die naast drugverslavingsproblematiek ook dreigt te worden uitgesloten van de arbeidsmarkt. Een aantal projecten zal bestaan uit het opzetten van bedrijven voor ex-verslaafden/ex-gedetineerden door ex-verslaafden. Deze projecten worden opgezet in samenwerking met andere organisaties die zich bezighouden met de arbeidsmarkt.

In Limburg situeert zich geen ambulant revalidatiecentrum van het type zoals dat in de andere provincies wordt voorzien. De taken in andere provincies waargenomen door deze dagcentra, worden hier opgenomen door één centrum voor geestelijke gezondheidszorg dat zich traditioneel op verslavingsproblematiek specialiseerde: **het C.A.D. te Hasselt**.

In het **Gentse dagcentrum van de Sleutel** stonden in 1993 het straathoekwerk en de familiewerking centraal[27]. Inzake de medische kant van de dagwerking bleek het centrum vrij hoogdrempelig. Er werd een vrij strikte houding aangenomen voor wat betreft bijgebruik, het nakomen van afspraken en fraude bij de urinecontroles. Men heeft daarom gekozen voor twee ontwenningsprogramma's: een hoogdrempelig programma met een vrij snelle afbouw en met een sterke nadruk op motiverend werken en een laagdrempelig programma waar niet zozeer prioriteit wordt gegeven aan de afbouw. Men voorziet hiervoor een periode van enkele maanden en vertrekt vanuit de directe probleembeleving van de cliënt. Inzake het straathoekwerk vanuit het Gentse dagcentrum wordt verwezen naar de desbetreffende rubriek.

Middelengebruik hoeft in het dagcentrum geen contra-indicatie te zijn voor behandeling. Verslaving wordt gezien als een complex probleem dat zowel oorzaak als gevolg is van moeilijkheden op diverse terreinen (fysiek, psychisch, relationeel, sociaal). Drugverslaafden die binnen het dagcentrum kunnen behandeld worden, wordt het volgende programma aangeboden:
- multidisciplinaire observatiesessies. Gedurende drie weken wordt het dossier van een aanvraag verder uitgediept. Men maakt een grondige anamnese, er wordt psychologisch diagnostisch onderzoek gedaan, eventueel zijn er verdere medische onderzoeken en gesprekken met belangrijke anderen. In de teamvergadering wordt een behandelingsplan opgesteld rond zowel medische begeleiding, psychologische begeleiding, dagwerking, sociale-familiale-financiële begeleiding én eventueel residentiële behandeling.
- multidisciplinaire sessies. Deze sessies zijn bedoeld om de verslavingsproblematiek van een cliënt ten gronde aan te pakken. Ze zijn bedoeld voor die cliënten die regelmatig contact onderhouden met het dagcentrum. Ze komen één tot zes keer per week langs in het centrum. In een latere fase van de behandeling kan dit aantal verminderen. Afronding van de behandeling verloopt steeds in samenspraak.

De voorwaarden voor een ambulant ontwenningsprogramma zijn de volgende:

- bereid zijn om dagelijks binnen bepaalde tijdslimieten naar het centrum of naar een verstrekkende derde te komen om medicatie op te halen;
- minstens eenmaal per week een uitgebreid begeleidingsgesprek hebben en indien geen of onvoldoende gestructureerde, zinvolle dagvullende activiteit, deelname aan de dagwerking;
- wekelijks op consultatie gaan bij de arts;
- eventuele psychiatrische screening aanvaarden;
- akkoord gaan met onverwachte urine-controles.

Met het oog op een gecontroleerde methadoneverstrekking worden overeenkomsten aangegaan met een huisarts of een centrum/apotheek dat methadone verstrekt. Dergelijke werkwijze gebeurt bij 29% van de totale populatie methadone-cliënten. Ze dient weldra zeker te worden geëvalueerd, vooral in het licht van de ervaring dat het aanhouden van een sterke band met het dagcentrum sterk bepalend is voor het slagen van de ontwenning.

Naast revalidatie op medisch terrein is er ook ruimte voor revalidatie op psychologisch en op sociaal terrein.

Bij het werken met druggebruikers stelt men een aantal steeds terugkerende problemen vast, met name: een verstoord dag- en nachtritme, het verlies van motivatie ivm werk, het verlies

[27] De Sleutel, Dagcentrum Gent, Jaarverslag 1993, pp. 4-8

van sociale en familiale contacten, problemen met justitie, schuldenlast en andere financiële problemen, het verwaarlozen van de studies, van de opleiding, gebrek aan sport en aan gezonde ontspanning.

De dagwerking is erop gericht deze problemen intensief aan te pakken. Ze richt zich tot die doelgroep die bijkomend geen of onvoldoende gestructureerde, zinvolle, dagvullende activiteiten hebben. Bij een grote groep verslaafden is immers gebleken dat zonder de aanwezigheid van dergelijke activiteiten het bereiken van een drugvrij bestaan niet meer mogelijk is.

Een belangrijk aandeel van de werking in de dagcentra van de Sleutel is tenslotte te beschouwen als een schakel in het geheel van de behandeling. Men beschouwt de behandeling van een drugverslaafde niet echt als gebonden aan één centrum of één plaats of één behandelaar. Het wordt gezien als één geheel, los van die plaats of persoon. De behandeling begint bij de intake, die doorgaans gebeurt in een dagcentrum. Zo'n eerste contact wordt dan besproken in een team, dat werkt voor het geheel van de verschillende deelinitiatieven. Dat hoeven niet alleen Sleutelinitiatieven te zijn. Er wordt immers een behandelingsplan opgemaakt waarin meerdere pistes en meerdere partners mogelijk zijn. Men wil aldus komen tot een soort netwerk van behandeling, een beginnende poging om het behandelingstoerisme aan te pakken.

4.2.3 Andere voorzieningen

4.2.3.1 STRAATHOEKWERK

Straathoekwerk is een werksoort die in Vlaanderen voor het eerst intensief werd toegepast in Limburg anno 1985 en daar ook oorspronkelijk gericht was naar illegale druggebruikers. De methodiek werd later ook gebruikt ten aanzien van andere doelgroepen: prostituées, hooligans, thuislozen, maatschappelijk kwetsbare jongens. Dit fenomeen had vooral te maken met het feit dat de klassieke welzijnswereld precies deze mensen niet of nauwelijks kon bereiken via de klassieke weg.

Straathoekwerk is te beschouwen als de meest laagdrempelige professionele werksoort. Die laagdrempeligheid wordt gecreëerd door de specifieke aanpak. Men gaat doelgroepen opzoeken in het eigen milieu. De werking of hulpverlening vindt eveneens plaats in dat eigen milieu. De doelgroepen worden eveneens vanuit een positieve invalshoek benaderd en hun situatie wordt integraal benaderd. Het straathoekwerk is aldus te beschouwen als een professionele werksoort in die zin dat het een methodische, georganiseerde en structureel uitgebouwde aanpak heeft. De werksoort richt zich wel in de eerste plaats op die groepen die op een andere manier niet of moeilijk te bereiken zijn.

Belangrijk om weten is wel dat het straathoekwerk gericht op druggebruikende jongeren niet kan vergeleken worden met 'hulpverlening die erop gericht is de jongeren van hun verslavinsgprobleem af te helpen'. Het verminderen van de maatschappelijke kwetsbaarheid van die jongeren is een meer centrale doelstelling. Stoppen met gebruik kan daar een element in zijn. De straathoekwerker is wel goed geplaatst om de jongere te helpen inzien dat hun druggebruik bijvoorbeeld een factor is die het voor hen moeilijk maakt om uit hun toestand van kwetsbaarheid te geraken en om een gezonder en gelukkiger leven te leiden.

Op basis van signalen uit de hulpverleningssector gaat de straathoekwerker aanvankelijk de eerste maanden de buurten verkennen. Probleemgroepen zijn in die buurten doorgaans niet zo onzichtbaar. Het is een veel moeilijker stap als hulpverlener toegang te krijgen tot die groepen. Toch zal de straathoewerker in eerste instantie contact proberen krijgen met de doelgroep om op die manier een beter inzicht te verwerven in de specificiteit van hun situatie. Eenmaal het contact is gelegd, worden de inspanningen gericht op een poging het emancipatorisch proces op gang te krijgen. De straathoekwerker maakt zich op dat moment ook kenbaar als

straathoekwerker. Het komt er wel op aan het juiste moment te kiezen om dat te doen: niet te vroeg (het vertrouwen moet al gewonnen zijn), niet te laat (de jongeren hebben het zelf al door vooraleer het eerlijk wordt gezegd). In dat laatste geval zou hun rol wel eens als dubieus kunnen worden beschouwd door de doelgroep zelf en dan is het vertrouwen meteen verloren.

Eenmaal de straathoekwerker goed gekend is binnen de doel-probleemgroep, gebeurt het wel eens vanzelf dat hij wordt aangesproken met concrete hulpvragen van allerlei aard. Dat kan gaan van een concreet administratief dossier tot een ver gevorderd probleem van bijvoorbeeld afhankelijkheid.

De straathoekwerker werkt vanuit een aanvaardingsmodel, wat inhoudt dat de keuzes die de jongeren uit deze groepen maken ook hun keuzes zijn en blijven. De straathoekwerker kan wel proberen zijn steentje bij te dragen door de jongeren te begeleiden in die keuzes. Gevoelens rond gemaakte keuzes worden bespreekbaar gemaakt, zodat de keuzes van de jongeren meer doordacht en bewust worden gemaakt. In het algemeen wordt de doelgroep ertoe bewogen meer eigen verantwoordelijkheid én zelfstandigheid op te bouwen. Eenmaal zover kan positieve aansluiting worden gezocht naar bepaalde maatschappelijke instanties toe.

Typisch voor het straathoekwerk is het vindplaatsgericht werken. Nochtans is niet alle vindplaatsgericht werken noodzakelijk ook straathoekwerk. Immers is het doel van straathoekwerk gericht op de continuïteit van haar welzijnsbevorderend werk. Met andere woorden, het doel van straathoekwerk is niet activiteiten opzetten op zich, het doel is de doelgroep ertoe aan te zetten zelf activiteiten op te zetten, te komen tot een soort van zelforganisatie.

Door het frequent 'alleen werken' op het terrein is het voor de straathoekwerker van het allergrootste belang te kunnen terugvallen op enige individuele begeleiding en intervisie, evenals op groepsbegeleiding en groepsintervisie. Individuele begeleiding bestaat hierin dat de straathoekwerker met een regelmatige frequentie een gesprek heeft met de coördinator, maar ook dat deze coördinator permanent beschikbaar is voor de straathoekwerkers om feedback te kunnen geven ingeval van acute probleem- of crisissituaties. De groepsbegeleiding bestaat dan weer uit het regelmatig overleg tussen de coördinatoren onderling al dan niet samen met de straathoekwerkers zelf.

4.2.3.2 ZELFHULPGROEPEN

In de zelfhulp kan men diverse soorten onderscheiden. Zelfhulpgroepen verschillen naargelang de specificiteit van de doelgroep, of, ingeval van afhankelijkheidsproblematiek naargelang de aard van het produkt waarvan iemand afhankelijk geworden is.

Men onderscheidt naar groepssamenstelling:
- gebruikersgroepen
- oudergroepen
- familiegroepen
- kindergroepen

Naar aard van het gebruikt produkt wordt onderscheid gemaakt tussen:
- zelfhulpgroepen ivm alcoholisme
- zelfhulpgroepen ivm medicatieverslaving
- zelfhulpgroepen ivm illegale drugverslaving

In principe zijn zelfhulpgroepen, groepen lotgenoten die samen een probleem ervaren en die samenkomen om elkaar te steunen in het aanpakken en/of oplossen van dat probleem. Daarbij helpt men mekaar en probeert intussen zelf ook beter te worden, dit alles zonder tussenkomst van professionele hulpverleners. Daarbij worden dan zelfhulpmethoden en -technieken

gehanteerd. Door sommige zelfhulpgroepen worden soms ook organisaties gesticht die moeten instaan voor het scheppen van de voorwaarden om zelfhulpgroepen te laten functioneren.[28]

Lotgenotencontact neemt de belangrijkste plaats in bij de werking van de meeste zelfhulpgroepen[29]. Informatieverstrekking gaat samen met het doorbreken van isolement en begrip hebben voor elkaars situatie. In de groepen krijgen meerdere aspecten de aandacht: medische acpecten, praktische aspecten, aanvaarden en verwerken, dagelijks leven, juridische aspecten, financiële aspecten, familiale en relationele aspecten, diagnose en prognose, psychosociale aspecten, sexuele aspecten, opvoeding en onderwijs, sociale tegemoetkomingen, professionele hulpverlening, behandelingsaspecten, technische hulpmiddelen, ontspanning en vrijetijdsbesteding.

Gespreks- en praatbijeenkomsten worden vrijwel door alle zelfhulpgroepen gehouden. Daarnaast is er ook ruimte voor individuele gesprekken en telefonische contacten. Therapeutische sessies worden door vrijwel alle groepen achterwege gelaten. Informatieverschaffing gebeurt via het informatiepakket, via informatiebijeenkomsten, via contactpersonen, publicaties, een documentatiebestand. Ook de media spelen een aanzienlijke rol om informatie te verspreiden. Een vierde van de zelfhulpgroepen geeft een tijdschrift uit.

4.2.3.2.1 Zelfhulpgroepen met betrekking tot alcoholverslaving

- De gebruikersgroepen: AA-groepen

Deze AA-groepen hebben in de sector van de zelfhulp de langste geschiedenis. Ze worden geïnspireerd door de Oxford Group Movement, een protestantse matigheidsbeweging waar openheid en zelfonderzoek centraal staan. Daar werd de basis gelegd voor de opvatting over alcoholisme, dat alcoholisme een ziektebeeld is. De matigingsbeweging en de geneesheren, buitenstaanders dus, leverden aldus in de Verenigde Staten een belangrijke bijdrage bij het ontstaan van de AA. In België beginnen de AA-groepen zich te verspreiden vanuit Brussel (1954), naar Antwerpen (1956), Hasselt (1957) en Gent (1958).

Het programma van AA is er een van totale alcoholonthouding. De leden proberen voor alles het eerste glas niet te nemen, dag na dag. Nuchterheid wordt bewaard door ervaring, kracht en hoop samen te delen op de groepsbijeenkomsten. Het hoofddoel is nuchter blijven en andere alcoholisten helpen nuchterheid te bereiken. Hierbij worden de 'twaalf stappen voor herstel van alcoholisme' gevolgd.[30]

Deze twaalf stappen zijn de volgende[31]:

1. *Wij hebben toegegeven dat wij machteloos stonden tegenover alcohol, dat ons leven stuurloos was geworden;*
2. *Wij zijn gaan geloven dat een Macht, groter dan onszelf, ons weer geestelijk gezond kan maken;*
3. *Wij hebben het besluit genomen onze wil en ons leven toe te vertrouwen aan de hoede van God, zoals wij persoonlijk hem opvatten;*
4. *Wij hebben een diepgaande en onbevreesde morele inventaris van onszelf opgemaakt;*
5. *Wij hebben tegenover God, tegenover onszelf en tegenover een ander mens de juiste aard van onze misstappen erkend;*
6. *Wij waren volkomen bereid om God al deze karaktergebreken te laten wegnemen;*
7. *Wij hebben Hem in nederigheid gevraagd onze tekortkomingen weg te nemen;*
8. *Wij hebben een lijst gemaakt van allen die wij hadden gekwetst en zijn bereidwillig geworden het bij allen weer goed te maken;*

[28] Jordens L., Zelfhulp en verslaving. In: Verslag van een studiedag, Brussel, V.A.D., 1988, pp.51-64
[29] De Wilde H., Verslaving: een beschrijving van de zelfhulpgroepen, onuitgegeven tekst ter beschikking gesteld door Trefpunt Zelfhulp.
[30] Trefpunt Zelfhulp, III Verslavingen (hoofdstuk uit een overzicht van zelfhulpgroepen in Vlaanderen), pp.150-152
[31] Persmap Anonieme Alcoholisten, Algemeen Dienstbureau Antwerpen

9.	*Wij hebben waar mogelijk het rechtstreeks bij deze mensen weer goed gemaakt, tenzij dit hen of anderen zou krenken;*
10.	*Wij zijn doorgegaan met het opmaken van onze persoonlijke inventaris en als wij fout waren, hebben wij dat meteen erkend;*
11.	*Wij hebben ernaar gestreefd door gebed en bezinning ons bewust contact met God, zoals wij persoonlijk hem opvatten, te verbeteren biddend om zijn wil jegens ons te kennen en om de kracht die uit te voeren;*
12.	*Bij het geestelijk ontwaken als gevolg van deze stappen hebben we getracht deze boodschap aan alcoholisten door te geven en deze beginselen bij al ons doen en laten toe te passen.*

AA-vergaderingen zijn gesloten vergaderingen, die uitsluitend toegankelijk zijn voor alcoholisten. Het zijn vooral groepsgesprekken, waarin ieder lid vrijuit kan spreken, vragen stellen en van gedachten wisselen. Ieder bepaalt daarbij voor zichzelf hoe dikwijls hij de vergaderingen bijwoont. Sommigen komen eenmaal in de week, anderen houden het bij een vaste groep en regelmaat. Men kan komen en gaan wanneer men wil, maar de ervaring leert dat het vrijwel onmogelijk is om op eigen houtje gelukkig nuchter te blijven.

Van zodra er twee drankzuchtigen samen hun probleem bespreken zou men zich AA-groep kunnen noemen.

- De gebruikersgroepen: niet AA-groepen

Het gaat hier met name om drie soorten groepen die niet volgens AA werken: zelfhulpgroep Maasmechelen, vzw de lossen babbel (dit is een alcoholvrij café), zelfhulpgroep de dageraad en 'dynamische idealisten boekensukses (DIBS)'. Deze groepen richten zich doorgaans op alle verslavingen. Verslaving is een algemene term die duidt op een lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid van een bepaald genees- of genotsmiddel door herhaaldelijk gebruik.

De werking is erop gericht de verslaafde met zich eigen middelen te bevrijden van zijn probleem, zodat hij weer als vrije mens kan functioneren. De laatstgenoemde groep is vooral een zelfhulpgroep voor dames na hun ontwenning van alcohol. Binnen deze groep stimuleert men elkaar om via ervaringsuitwisseling en emotionele steunverlening 'nuchter' verder te leven. Door erover te praten wordt geleerd de alarmsignalen te onderkennen en aldus een betere kijk te krijgen op zichzelf. In principe kunnen in deze groep ook partners en familieleden terecht.

- De familiegroepen werkzaam volgens AA: Al-Anon-familiegroepen

Al-Anongroepen zijn een gemeenschap van verwanten en vrienden van alcoholisten die hun ervaringen delen teneinde hun gezamenlijk probleem, leven met een alcoholist, op te lossen en anderen te helpen hetzelfde te doen. Al-Anon heeft slechts één doel: het helpen van de familieleden van de alcoholisten. Ook hier is het programma geïnspireerd volgens de twaalf stappen en twaalf tradities van AA. Op die manier tracht men een oplossing te vinden voor problemen van angst, onzekerheid en misgroeide houdingen. Immers zou een aangepaste houding van het gezin tegenover de alcoholist in het gezin ook een belangrijke rol kunnen spelen bij het herstel van de drankzuchtige.

- De oudergroepen niet werkzaam volgens AA

De ambulante oudergroepen verbonden aan de dagcentra van de Sleutel werken niet volgens AA. Ze richten zich tot familieleden van mensen die verslaafd zijn aan drugs, alcohol of medicatie. Door het uitwisselen van ervaringen tracht men elkaar te steunen en te helpen en eveneens samen te zoeken naar oplossingen in eerste instantie voor zichzelf.

- Kinder- en jongerengroepen werkzaam volgens AA: Alateen

Alateengroepen zijn samengesteld uit kinderen en jongeren van alcoholisten. De doelstelling is de moeilijkheden te kunnen bespreken waarmee tieners te kampen hebben. Bij velen onder hen vormt het alcoholismeprobleem van één van hun ouders (of van allebei) vaak een vernietigende rol op hun eigen ontwikkeling. Ze wisselen ervaringen uit, moedigen elkaar aan en helpen elkaar om de principes van Alateen te begrijpen en de juiste manier te leren om

deze moeilijkheden aan te kunnen. Alateengroepen moeten sterkte en zelfbeheersing ontwikkelen bij de jongeren, zodat zij hun problemen ook realistischer kunnen bekijken.

4.2.3.2.2 Zelfhulpgroepen met betrekking tot medicatieverslaving[32]

Onder medicatieverslaving bedoelt men de totale psychische en lichamelijke afhankelijkheid van bepaalde geneesmiddelen (pijnstillers, kalmeer- en peppillen, ...) Meestal gaat het hier om personen die niet in staat zij een voorgeschreven medische behandeling stop te zetten uit angst bepaalde situaties niet meer aan te kunnen. Dit ontaardt dan snel in een moeilijk te doorbreken gewoonte. Het wel doorbreken van deze gewoonte brengt gemakkelijk ontwenningsverschijnselen met zich mee. Medicatieverslaving wordt over het algemeen maatschappelijk beter aanvaard, omdat noch illegale, noch marginale aspecten hier een rol spelen. Dit belet niet dat het net zoals bij de overige produkten ook gaat om verslaving.

- De gebruikersgroepen: Toxangroepen

Deze Toxangroepen zijn zelfhulpgroepen waarin de leden, zowel mannen als vrouwen, elkaar helpen om een gemeenschappelijke, vrije en gelukkige levenshouding aan te nemen, waarin geheelonthouding op het vlak van alle verslavende middelen de eerste en de belangrijkste regel is.

Net zoals bij AA is de werking gebaseerd op de twaalf-stappen methode. Aan de hand van deze stappen leren de leden zichzelf zien zoals ze zijn, mét hun zwakheden en gebreken. Ze leren daaraan te werken, terug verantwoordelijkheid op te nemen en zelfvertrouwen te krijgen. Eerlijkheid en anonimiteit zijn basisprincipes in deze groepen.

- Toxan-familiegroepen

De doelstellingen van de Toxan-familiegroepen richt zich tot de partners en tot de familielden van mensen die aan medicatie verslaafd zijn. Ook hier wil de zelfhulpgroep lotgenoten met elkaar in contact brengen om ervaringen uit te wisselen, te praten en samen na te gaan hoe ze de eigen partner kunnen helpen om er weer bovenop te komen. De gezonde partner moet vooral inzicht kunnen krijgen in datgene wat er met zijn verslaafde partner aan de hand is en hoe hij/zij daar het best opkan reageren. Er wordt tweemaal in de maand vergaderd.

4.2.3.2.3 Zelfhulpgroepen met betrekking tot illegale drugverslaving[33]

Onder drugverslaving wordt de totale psychische en/of lichamelijke afhankelijkheid van illegale genotsmiddelen zoals cocaïne, LSD, heroïne ...bedoeld. Wat meestal is begonnen als een experiment, mondt uit in een situatie waarin alles in het teken van de drugs staat: het zoeken naar naar voldoende geldmiddelen -vaak zelfs op illegale wijze- de aanschaf van het product, het kortstondig genot. Het is bijzonder moeilijk geworden om deze vicieuze cirkel te doorbreken, omwille van extreme ontwenningsverschijnselen alsook omwille van de ilegaliteit en de marginaliteit waarin deze gebruikers zich uiteindelijk bevinden.

- De gebruikersgroepen: nieuwgeborenen

Nieuwgeborenen is een zelfhulpgroep voor medicatie- en drugverslaafden. Deze groep wil mensen, verslaafd aan drugs en/of aan medicatie helpen, door in groepsverband aan zichzelf

[32] Trefpunt Zelfhulp, III Verslavingen (hoofdstuk uit een overzicht van zelfhulpgroepen in Vlaanderen), pp.162-163
[33] Trefpunt Zelfhulp, III Verslavingen (hoofdstuk uit een overzicht van zelfhulpgroepen in Vlaanderen), pp.153-157

te werken om opnieuw lichamelijke en geestelijk gezond te worden. Door steun van de groep kunnen de leden herstellen van hun verslaving en deze toestand behouden door via de twaalf grondregels van AA een nieuwe levenswijze te vinden.

- De oudergroepen met professionele begeleiding

Hier kunnen twee soorten oudergroepen met professionele begeleiding worden onderscheiden.

> * oudergroepen die los staan van de behandeling van de drugverslaafde.
> * oudergroepen die kaderen in het geheel van de behandeling van hun drugverslaafd kind

Laatstgenoemde groepen zijn al aan bod gekomen naar aanleiding van de bespreking van de specifieke behandeling in een crisisprogramma, een kortdurend behandelingsprogramma en/of een langdurend behandelingsprogramma in de revalidatiecentra inzake drughulpverlening. Deze groepen maken dan deel uit van de specifieke familiewerking in de behandeling van drugverslaafden. Ze functioneren in de meeste TG's en CIC's en maken deel uit van de behandeling. Het zijn vaste groepen, die een volledig programma afwerken.

De andere oudergroepen zijn vaak wisselende groepen, waar men kan toetreden of weggaan wanneer men wil en die los staan van de behandeling van het kind/de partner. Dergelijke groepen richten zich naar ouders en familieleden van jongeren die hetzij harddrugs gebruiken, hetzij alle illegale drugs. Oudergroepen van harddruggebruikers hebben als hoofddoelstelling de ouders en familieleden te begeleiden en hen te helpen een objectief inzicht te geven in de verslavingsproblematiek van hun kind/familielid. In groep wordt nagegaan hoe daar in het gezin mee kan worden omgegaan. De bijeenkomsten verlopen telkens volgens een vast stramien. Eerst worden ervaringen uitgewisseld en problemen gesignaleerd. Het tweede deel van de avond wordt gewijd aan een rondvraag bij de aanwezigen hoe zij zouden reageren op een bepaalde aan bod gekomen situatie. Tijdens een derde deel van de avond komt een specifiek vormings- of informatiethema aan bod, waarbij wel eens beroep wordt gedaan op een externe organisatie. De ouders komen vaak in de groep terecht via een ambulant ontwenningsprogramma dat gevolgd wordt door hun kind/familielid.

De oudergroepen voor ouders van jongeren die gelijk welk illegaal middel gebruiken steunen eveneens vooral op de principes van ervaringsuitwisseling en elkaar steunen en helpen. Via de professionele begeleiding is er ook veel ruimte voor het verschaffen van informatie en van juridische tips. De ouders komen hier terecht via huisartsen en/of andere professionele hulpverleners.

Sommige gespecialiseerde centra inzake drughulpverlening richten ook samen oudergroepen op. Dit is het geval in Antwerpen met ADIC, Dagcentrum de Sleutel en Free Clinic. Hier worden ouders samengebracht die samen willen praten over hun kinderen en ook over hoe het met henzelf gaat. Op die manier voelen ze zich ook eens begrepen door anderen.

Nar-Anon familiegroepen zijn gemeenschappen van mannen en vrouwen die ouders, echtgenoten, familie of vrienden zijn van een druggebruiker en die werken volgens dezelfde principes van Al-Anon. Ook hier wordt de twaalf-stappen methode toegepast om aan de leden de weg te tonen die zij moeten bewandelen om in een eigen tempo een opbouwende houding aan te nemen tegenover de druggebruiker.

- Oudergroepen zonder professionele begeleiding[34]

Dit zijn groepen die los staan van een eventuele behandeling en volledig autonoom functioneren, zonder professionele begeleiding. Deze groepen zijn vaak afgescheiden van de oudergroepen met professionele hulp werkzaam in de gespecialiseerde centra inzake drughulpverlening. De groepen gaan, na een eventuele (korte) begeleidingsperiode door professionele hulpverleners, volledig zelfstandig functioneren. Indien de groep begeleid wordt

---

[34] Lenders F., Nota inzake zelfhulpgroepen, 3/95

door een preventiewerker, treedt deze niet op als therapeut, maar enkel als gespreksleider die tevens de gang van zaken coördineert.

Meestal vinden de bijeenkomsten één of twee maal per maand plaats op een werkdag in de avonduren. Gemiddeld duren de vergaderingen 2 uur tot 2,5 uur. De invulling ervan varieert van groep tot groep. De ene groep is er enkel om de ouders hun verhaal te laten doen, de andere groep doet dit de helft van de tijd en besteedt de andere helft om een bepaald thema te bespreken.

Een belangrijke doelstelling van deze oudergroepen is ervoor te zorgen dat het druggebruik onderdeel wordt van het gezinsleven en geen hoofdstuk apart. In het laatste geval moet het hele gezin daar immers permanent onder lijden. Een andere doelstelling is informatie-uitwisseling en pogingen om een steun voor elkaar te zijn. Deze groepen zijn doorgaans zeer hecht.

Gewoonlijk zitten er in een praatgroep tussen de 5 en 15 personen. Indien de groep te groot wordt, vindt er een opsplitsing plaats omdat het een prioriteit is dat alle ouders hun verhaal kunnen doen. Het is opvallend dat het meestal de moeders zijn die naar de groepsavonden komen. Uiteraard nemen ook vaders alleen of beide ouders samen ook deel aan deze bijeenkomsten, maar dit gebeurt minder frequent. De meeste ouders die participeren blijven jarenlang naar de bijeenkomsten komen, zelfs indien de druggebruikende kinderen reeds gestopt zijn met gebruiken. De reden hiervoor is vaak de angst dat hun kinderen in het oude gedrag zouden hervallen. Andere redenen zijn er ongetwijfeld ook, aangezien er ook ouders bij zijn wiens kind intussen overleden is.

In principe zijn er geen criteria om aan een praatgroep deel te nemen, op één uitzondering na. Soms accepteert men enkel ouders van probleemgebruikers, i.p.v. andere familieleden of partner. Tevens komt het ook voor dat het criterium van hard-druggebruiker gehanteerd wordt (veelvoorkomend verschil met soft-druggebruik: marginalisering, verloedering, criminalisering). Voor alle groepen geldt dat sensatiezoekers en nieuwsgierigen automatisch geweerd worden.

De oudergroepen noemen zichzelf geen zelfhulpgroepen, maar eerder praatgroepen. Zij hebben dan ook moeite met het woord **zelf**hulpgroep omdat deze term drempelverhogend lijkt te werken. Vele hulpzoekende ouders krijgen de indruk volledig op zichzelf te zijn aangewezen, waardoor de drempel voor aansluiting bij een oudergroep verhoogd wordt. De groepen spreken dan ook liever van hulpgroep, praatgroep of oudergroep.

Indien ouders zich melden om zich aan te sluiten bij een praatgroep, vindt er eerst een oriënterend gesprek plaats met de contactpersoon van de groep. Vervolgens worden, indien gebleken is dat de ouders mogelijk baat hebben aan het bijwonen van de vergaderingen, de overige groepsleden op de hoogte gebracht, zodat de opvang van de 'nieuwelingen' zo goed mogelijk kan gebeuren. Het gebeurt ook regelmatig dat de contactpersoon met ouders van druggebruikende jongeren gaat praten, maar dat deze zich niet durven aansluiten bij de groep, omdat zij bang zijn hun anonimiteit te verliezen. Bijna altijd blijkt dat, wanneer zij toch een eerste maal deelnemen aan een bijeenkomst, de ervaring zo positief was dat zij blijven terug-komen.

Bij het opstarten van een oudergroep wordt AA wel eens als voorbeeld genomen. Voor de rest functioneren deze groepen volledig los van de AA-principes. De structuur van de groepen is meestal eenvoudig: de contactpersoon leidt en begeleidt de groep zonder enige andere overlegstructuur. De groepen zijn regionaal gericht en hebben geen enkele verantwoording af te leggen aan welke instantie dan ook. De enige link die een groep soms nog heeft, is de organisatie waarvan ze is afgescheiden. Die stuurt soms ook potentiële deelnemers door naar de oudergroep. Soms is het contact met de hulpverleningsinstanties iets omvattender. De contactpersoon staat dan in verbinding met instanties als ADIC, DE SLEUTEL, FREE CLINIC, CAD. Voor thematische groepsbijeenkomsten wordt soms gebruik gemaakt van gastsprekers zoals artsen, juristen, ex-verslaafden, preventiewerkers, ev. straathoekwerkers, ...

In heel wat groepen blijkt dat door de omstandigheden met hun kind sommige ouders zelf in de problemen komen door bijvoorbeeld overmatig drank- of medicijnengebruik. Soms erkennen de

ouders dit (bijkomend) probleem, maar wordt het verzwegen, hetzij uit verlegenheid, hetzij omdat men het zelf (nog) niet als een probleem ervaart.

4.2.4 Conclusies

In het voorbije hoofdstuk werd een overzicht gegeven van de werking van de diverse instellingen inzake drughulpverlening. Uit het geheel kunnen we geen duidelijke lijnen zien voor de diverse werksoorten. Het ontwikkelen van een aanbod heeft met expliciete keuzen te maken in het al dan niet ingaan op de drugproblematiek. En daar zijn binnen de werksoorten zelf nog steeds grote verschillen waar te nemen, evenals tussen de werksoorten onderling. Er is een grote diversiteit op te merken zowel naar behandelingswijzen, uitgangspunten en visies.

Visie en doelstellingen
Verschillende visies en doelstellingen worden gehanteerd in de drughulpverlening, zowel op de gebruiker, op ontstaansfactoren als op hulpverleningsdoelen. Sommige instellingen stellen stoppen met gebruik als doel voorop, andere dan weer afbouw en nog andere de zorg voor de levenskwaliteit van de gebruiker.
Deze verschillende visies zijn niet altijd even duidelijk geëxpliciteerd. Sommige diensten zijn nog op zoek hoe ze zich kunnen opstellen en sommige vragen ondersteuning om een visie te ontwikkelen.

Doelgroepen
Diverse doelgroepen worden in de drughulpverlening bereikt: van de experimentele gebruiker, naar de verslaafde gebruiker tot de gemarginaliseerde gebruiker. De wijze waarop deze groepen zich aanmelden verloopt zeer verschillend.

Categoriaal of niet?
Sommige voorzieningen maken geen onderscheid tussen legale en illegale drugs. We merken dit onder andere bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn er voorzieningen die enkel met illegale druggebruikers werken. Deze keuzes worden onder andere bepaald door ervaringen ten aanzien van de doelgroep. Vele diensten zoeken naar een antwoord of een aparte dienst, thema of werking voor de groep van illegale druggebruikers nodig is?

Duur van de behandeling
Op het vlak van de duur van de behandeling valt een grote diversiteit waar te nemen. Er zijn behandelingsvormen die meer dan een jaar kunnen duren, terwijl andere beperkt zijn tot bijvoorbeeld crisisopvang. Dit is afhankelijk van de doelstelling van de instelling, de financiële omkadering, de aangewende methodiek, de doelgroepen.

Aanbod
De aard van het aangeboden programma is ook heel divers. Enerzijds zijn er de individuele benaderingen waarbinnen tal van richtingen in de aanpak zijn waar te nemen. Anderzijds zijn er ook groepsgerichte programma's of leerprogramma's, met nadruk op sociale vaardigheden.

Doorverwijsstrategieën
Sommige voorzieningen verwijzen illegale drugproblemen onmiddellijk door naar andere diensten en beschikken hiervoor vooral lokaal over contacten met bestaande voorzieningen. Dit geldt voornamelijk voor voorzieningen die er van uitgaan dat een aparte aanpak voor drugproblemen noodzakelijk is. Andere voorzieningen werken tot op zekere hoogte met illegale druggebruikers, zolang personen nog voldoende functioneren of de verslaving niet het hoofdprobleem vormt. Indien dit wel het geval is gaat men doorverwijzen naar druggespecialiseerde hulpverlening.
Nog andere instellingen profileren zich naar de totale drugproblematiek en werken enkel met de aanmeldingscategorie druggebruik. Dit geldt voor de gespecialiseerde centra voor geestelijke gezondheidszorg, dagcentra en therapeutische gemeenschappen.

Gezien het geheel van diverse benaderingen in de verschillende werksoorten is het belangrijk om te kijken of er afhankelijk van de regio en de werksoorten een voldoende spreiding is van deze verschillende benaderingen. De vraag dient niet gesteld te worden of er één werksoort moet zijn, maar wel of het divers aanbod wel voldoende geprofileerd is.

5. Knelpunten

5.1 Knelpunten gesignaleerd vanuit de verschillende sectoren

5.1.1 De psychiatrische sector

Onderstaande knelpunten zijn afkomstig van de groep van psychiatrische klinieken die effectief drugproblematiek behandelen.

Volgende **basisassumpties** bieden het kader van de werking met drugverslaafden binnen de psychiatrische sector:

Bij drugverslaving is er vaak sprake van *adolescentieproblematiek*, met andere woorden een stagnatie van de ontwikkeling in een stadium waarin de jongere worstelt met de eigen identiteit. Het gaat om jongeren die niet geleerd hebben binnen de maatschappelijke structuren te functioneren en die aldus op een dwaalspoor zijn terecht gekomen. Het gevecht 'tegen', bijvoorbeeld tegen de gevestigde waarden en normen in onze maatschappij, herhaalt zich binnen het psychiatrische ziekenhuis. Het is de taak van het psychiatrische ziekenhuis hier oog voor te hebben en de jongere een milieu aan te bieden waar, binnen duidelijke structuren en grenzen, een nieuw, begeleid experimenteren mogelijk is.

Naast het verslavingsprobleem is er zeer dikwijls een *geassocieerde psychopathologie* aanwezig ('comorbiditeit'). Het onderkennen van deze pathologie en het integreren van aangepaste psychotherapeutische en medicamenteuze behandelingen in het behandelingsplan van de cliënt zal voor een groot deel de prognose en het succes van de behandeling bepalen.

Wat de **doelstellingen** betreft, wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- een *therapeutische benadering*, waarbij zowel de verslaving, inclusief het hiermee geassocieerd gedrag, en de eventueel aanwezige psychopatologie wordt aangepakt. Deze benadering is gericht op groei, op positieve verandering. Druggebruikers leren op een 'gezonde' manier hun problemen aanpakken, veeleer dan ze te verdoven.

- een *ondersteunende benadering,* gericht op reductie van het lijden van zowel de gebruiker zelf als van zijn omgeving.

De psychiatrische ziekenhuizen (met uitzondering van de ziekenhuizen die om welbepaalde redenen geen illegale druggebruikers opnemen) vervullen **vier specifieke functies** in verband met de opvang van problematische druggebruikers:

Crisisinterventie en detoxificatie
Crisisopvang wordt ondermeer gezien als een dienst aan de omgeving van de verslaafde toe en wordt soms opgevat als een tijdelijke ontlasting voor het overbelaste milieu van de verslaafde. Afhankelijk van regionale afspraken en samenwerkingsverbanden met andere diensten, ontwikkelt elke psychiatrische instelling hierin een eigen beleid. Ook de toepassing van de Wet op de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieke (Gedwongen Opname) leidt dikwijls tot interventies vanwege het psychiatrische ziekenhuis die binnen deze functie zijn onder te brengen.

Het aanbieden van een pakket 'minimale interventies'
Sommige verslaafden wijzen hulp gericht op verandering expliciet af. De tussenkomsten vanwege de begeleiders zijn er op gericht zoveel mogelijk 'puin te ruimen' om de patiënt toe te laten in min of meer aanvaardbare omstandigheden terug te keren naar zijn oorspronkelijke omgeving. De patiënt wordt verwezen naar voorzieningen die deze ondersteunende benadering kunnen verderzetten. In sommige gevallen is verwijzing naar een afdeling voor chronisch psychiatrische problematiek noodzakelijk (comorbiditeit).

Een op 'persoonlijke groei' gerichte behandeling
Bij deze benadering staat als doelstelling voorop de cliënt aan te leren zijn leven zo in te richten dat hij maximale positieve consequenties ervaart wanneer hij zijn druggebruik stopzet. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een breed spectrum aan methodieken die er o.a. op gericht zijn nieuwe vaardigheden aan te leren en ondersteuning voor het nieuwe gedrag te leren vinden in de natuurlijke omgeving.

Behandeling van onderliggende of met druggebruik geassocieerde psychopathologie.
Vrijwel alle psychiatrische ziekenhuizen worden geconfronteerd met druggebruikers waarbij terzelfdertijd ernstige psychopathologie aanwezig is. De behandeling van deze patiënten met 'dubbele diagnose' vergt veel tijd en verloopt meestal geïntegreerd in de bestaande voorzieningen in de ziekenhuizen voor patiënten met chronische problematiek.

Samenvattend kan men stellen dat psychiatrische ziekenhuizen in toenemende mate ervaringen met de behandeling van illegale druggebruikers opdoen. De behandeling van deze doelgroep wordt steeds voorafgegaan door een goed uitgewerkte diagnostische fase. Indien er sprake is van comorbiditeit kunnen patiënten voor hun psychiatrische problematiek in hetzelfde ziekenhuis worden behandeld. De nadruk ligt op een geïndividualiseerde benadering. Door het ruime aanbod aan gespecialiseerde opvangmogelijkheden (van crisisopvang tot permanente zorg, inclusief Beschut Wonen) kan een hoge mate van continuïteit in de zorgverlening worden gerealiseerd, waardoor een op maat gesneden en indien nodig gefaseerd behandelingsplan voor elke patiënt kan worden opgesteld. Binnen de psychiatrische ziekenhuizen is er geen sprake van een overkoepelend therapeutisch werkmodel, maar worden vanuit een pragmatische visie op de behandeling van deze doelgroep, diverse methoden en behandelingstechnieken toegepast.

De psychiatrische sector signaleert een aantal **sociaal-administratieve problemen** bij de opname van druggebruikers. De sociaal administratieve conditie van druggebruikers is meestal niet zo gunstig. Niet alleen hun verzekeringstoestand, maar ook opgestapelde schulden, niet betaalde belastingen, enz. komen veelvuldig voor. Bij opname doen zich meestal twee problemen gelijktijdig voor: de druggebruiker is niet in regel met zijn verzekeringstoestand en er is geen OCMW dat de behandeling ten laste wil nemen. Beide problemen vragen heel wat tijd en energie om opgelost te raken. Hierdoor ontstaan problemen van voor-financiering door het ziekenhuis, met weinig garantie dat de uiteindelijke behandelingskost zal terugbetaald worden. Vroeger bood de inschrijving van druggebruikers als mindervalide bij het ziekenfonds een uitkomst, maar dit spoor is in de psychiatrie - in tegenstelling tot in sommige andere werksoorten - steeds moeilijker te volgen. Gezien ook andere voorzieningen geconfronteerd worden met problemen in verband met verzekerbaarheid en ontbrekende OCMW-steun worden druggebruikers, die materieel aan de grond zitten, soms doorgestuurd naar psychiatrische ziekenhuizen. Men gaat er van uit dat deze 'verplicht' zijn om cliënten op te nemen, ongeacht of er al dan niet sprake is van motivatie. Hierdoor is er sprake van oneigenlijk gebruik van het psychiatrische ziekenhuis dat in deze gevallen eigenlijk als onthaaltehuis functioneert.

Een ander knelpunt vormt de **toepassing van de wet op de verplichte opname**, voor drugverslaafden. Vanuit de ervaring van de psychiatrische ziekenhuizen met 'gedwongen opname' wordt de vraag gesteld of de goede bedoeling van de wetgever in de praktijk niet resulteert in meer rechtsonzekerheid. Er wordt een ambivalente en onduidelijke houding geconstateerd binnen justitie (vrederechter-procureur) over de toepassing van de wet op gedwongen opname wanneer het drugverslaafden betreft. Deze onduidelijkheid leidt tot verschillende interpretaties en toepassingen van de wet. De spoedprocedure is eerder regel dan uitzondering en dit in volledige tegenspraak met de bedoeling van de wetgever.

Gedwongen opname confronteert de psychiatrische ziekenhuizen met een moeilijk spanningsveld. De wetgever beslist vanuit het begrip 'bescherming van de geesteszieke, die een gevaar betekent voor zichzelf of anderen', tot observatieneming van drugverslaafden in het psychiatrische ziekenhuis. Het psychiatrische ziekenhuis heeft een behandelingsopdracht, maar wordt geconfronteerd met gedwongen opgenomen patiënten waarbij de behandeling in de praktijk dreigt gereduceerd te raken tot 'bewaren en bewaken'. Ook al spelen bij elke opname verschillende vormen van druk een rol (financiëel, familiaal, sociaal enz...), de formele druk alléén van een gedwongen opname dwingt geen motivatieproces af naar behandeling toe. Deze formele druk heeft in eerste instantie vaak een paradoxaal effect: met name een toegenomen minimalisatie en verminderde bespreekbaarheid van problemen. Gedwongen opname biedt soms een uitweg uit een acute crisissituatie en kan behandelingsbereidheid op gang brengen, maar een gedwongen opname is niet altijd het meest adequate en constructieve antwoord op een crisissituatie.

Tenslotte heeft het aantal drugverslaafde patiënten dat binnen hetzelfde tijdsbestek, gedwongen opgenomen is binnen een behandelingseenheid, een serieuze invloed op het therapeutisch leefmilieu en het behandelingsklimaat. Dit vraagt een zwaar arbeidsintensieve en soms moeilijk te realiseren bijsturing vanuit de begeleiding. Bovendien is de behandelaar door de gedwongen opname beperkt in zijn hanteringsstrategieën t.o.v. problematisch gedrag (bv. tijdelijk opschorten van de behandeling is niet mogelijk.)

In tegenstelling tot gedwongen opname is overleg voor opname wel mogelijk bij drugverslaafden die met een juridische status van invrijheidstelling onder voorwaarden, internering, vervroegde invrijheidstelling op voorwaarde en probatiemaatregelen worden opgenomen. De voorwaarden voor behandeling vanuit de psychiatrische sector worden hier meestal wel onderschreven door justitie. Het blijft een knelpunt dat ontwennen en clean blijven vanuit justitie te sterk en exclusief als behandelingsdoelstelling wordt gehanteerd. Ook valt hier het ontbreken van een globale, eenvormige beleidslijn t.a.v. verwijzing en opname op (m.a.w. niet alle drugverslaafden krijgen gelijke kansen).

Een bijkomend knelpunt in deze sector vormt de **personeelsomkadering**. De huidige personeelsbezetting is zowel kwantitatief als kwalitatief ontoereikend. Behandeling van drugverslaafden (omwille van de zware psychopathologie, geïndividualiseerde benadering,..) leidt tot een grotere werkbelasting en vraagt dus ook om een hogere personeelsbezettingsnorm. Daarenboven werd de verpleegkundige en therapeutische bestaffing van de ziekenhuizen geconfronteerd met nieuwe sociale voordelen, die geleid hebben tot een reële lagere personeelsbezetting op de afdelingen. Op jaarbasis is een voltijds personeelslid immers slechts 204 werkende dagen van 8 uren of 1632 uren beschikbaar. (Een berekening die als volgt wordt verkregen: 365 dagen -104 WE-dagen -24 verlof-dagen -11/7 - 10 feestdagen -12 recuperatiedagen -5 bijkomende dagen jaarlijkse vorming -5 dagen ziekte/klein verlet). Practisch kan gesteld worden dat ongeveer 1 op 12 personeelsleden afwezig is omwille van voornoemde redenen.

Rekening houdend met het feit dat in een psychiatrische setting een 24-uren permanentie wordt voorzien, vormt dit een zeer zware belasting voor het team. De persoonsuren van de nachtdienst kunnen immers niet meer ingezet worden in de categoriale zorg overdag. Bovendien laten de bestaande personeelsnormen zeer weinig flexibiliteit toe. 'Topmomenten' van bezetting wisselen in zeer snel tempo af met 'laagtepunten'. De huidige personeelstoewijzing laat niet toe flexibel op deze vraag/aanbodsituatie in te spelen. Daarenboven kan te weinig beroep gedaan worden op gekwalificeerd therapeutisch personeel, hetgeen een abolute noodzaak is om te komen tot adequate hulpverlening.

Opdat de gebruiker zou kunnen reïntegreren is het noodzakelijk dat ook de buitenwereld, de familie van de patiënt, bij de behandeling wordt betrokken. Deze contextuele benadering vraagt echter een zeer intensieve inzet van het personeel, hetgeen momenteel ten koste gaat van overige afdelingen en patiënten.

Recente ontwikkelingen en onderzoek binnen de drughulpverlening zorgen ervoor dat het team voortdurend moet worden opgeleid en bijgeschoold. Verder is het absoluut noodzakelijk dat tijd

-en bijgevolg personeel- wordt vrijgemaakt voor overleg met diensten voor ambulante gezondheidszorg en dit in het kader van de voorzorg én de nazorg. Dit alles verhoogt evenwel de personeelsdruk.

Verder wordt vanuit de psychiatrische sector verwezen naar het belang van **een goede registratie**[35]. Tot op heden is het onmogelijk om een duidelijk zicht te krijgen op de omvang en/of de kenmerken van de personen opgenomen in de psychiatrische ziekenhuizen omwille van verslavingsproblemen. Dit is te wijten aan het ontbreken van een uniforme, continue registratie in alle psychiatrische ziekenhuizen. Een aantal psychiatrische ziekenhuizen hebben een traditie om daar althans regionaal (cfr. Registratie Projekt Limburg) of ruimer (cfr. ziekenhuizen Broeders van Liefde) iets aan te doen.

Mede vanuit de aldus opgedane ervaring is het duidelijk dat registratie een aantal voordelen biedt voor de registrerende diensten en een hulpmiddel kan zijn in het beleid op ziekenhuisniveau. Het is o.m. mogelijk om een beter zicht te krijgen op de omvang, kenmerken en aard van de behandelde populatie, het onderkennen van evoluties binnen de aangemelde problematiek, het evalueren van de eigen werking, enz.

Essentieel is dat registratie niet enkel gebeurt vanuit doelstellingen van de overheid, maar terdege rekening houdt met doelstellingen en praktische bruikbaarheid van de betrokken registrerende instanties. Hierdoor zal trouwens de betrokkenheid van de psychiatrische ziekenhuizen vergroten om de kwaliteit van de geregistreerde gegevens te verhogen.

We pleiten voor een eenvoudig systeem (cfr. kost aan middelen en personeel) dat voor de betrokken instanties ook bruikbare en hanteerbare gegevens oplevert (feedback naar eigen werking en beleid). Bovendien is het wenselijk om variabelen specifiek voor de verslavingsproblematiek te integreren binnen de reeds bestaande of te ontwikkelen globale registratiegegevens.

In verband met **de samenwerking** bestaat er consensus over de nood aan brede samenwerkingsverbanden die het ganse gamma aan hulpverleningsmodaliteiten in een bepaalde regio bestrijken.
Onder de noemer 'drugverslaving' is een enorme diversiteit aan cliëntengroepen te plaatsen, elke met een specifieke vraag naar hulpverlening. Het is wenselijk om problematische druggebruikers door te verwijzen naar die instanties die op dat moment en voor die persoon de meest geschikte vorm van hulpverlening kunnen aanbieden. Hierbij wordt het noodzakelijk dat de verschillende voorzieningen, en dus ook de psychiatrische ziekenhuizen, zich duidelijker profileren ten opzichte van elkaar en zich beter positioneren ten aanzien van de gebruikers van deze voorzieningen.

Van individuele cliënten met drugafhankelijkheid weet men dat zij vaak een carrière hebben in het hulpverleningscircuit. Opdat niet elke hulpverleningsinstantie het ganse proces steeds zou moeten overdoen en niet met dezelfde valkuilen geconfronteerd zou worden, is een goede opvolging en onderling overleg noodzakelijk.
Vastgesteld wordt dat er in eigen rangen goede, efficiënt werkende vormen van samenwerkingsverbanden voorhanden zijn en men ziet hierin kansen om verdere inspanningen te oriënteren naar het model dat in Limburg wordt toegepast.

Realisatie van wensen en intenties op dit vlak zijn evenwel afhankelijk van de middelen die hiervoor beschikbaar worden gesteld. Zolang psychiatrische ziekenhuizen enkel kunnen rekenen op vergoedingen voor opgenomen patiënten kunnen zij onmogelijk ten volle participeren aan dergelijke -hoogst wenselijke- overleg- en samenwerkingsstructuren.

Tenslotte wordt gepleit voor een **meer wetenschappelijk gefundeerde aanpak** van deze complexe problematiek. Deze zou volgende kunnen opleveren:
- een weldoordachte visie op de verslavingsproblematiek in het algemeen
- een duidelijke omlijning van de nagestreefde doelen terzake in het algemeen en binnen de psychiatrische sector in het bijzonder

[35] Wydoodt J.P., Nota inzake registratie, 11/94

- de operationalisering naar specifieke methodieken en gespecialiseerde interventies
- de continue bijsturing en evaluatie van dergelijke programma's op basis van wetenschappelijk effectonderzoek.

Enkel een dergelijke gefundeerde aanpak zal toelaten dat de middelen en de infrastruktuur die nodig zijn voor een uitgebalanceerd behandelingsaanbod niet meer constant dienen bij elkaar te worden geschraapt.

Samenvattend kan men stellen dat er in de sector van de psychiatrische ziekenhuizen een **zeer grote differentiatie** bestaat. De huidige toestand kan het best worden omschreven als een toestand waarin het de beschikbare middelen zijn die de interventie(on)mogelijkheden bepalen van elk psychiatrisch ziekenhuis, meer dan een bewuste keuze voor of tegen opname van drugverslaafden. Sommige psychiatrische instellingen zijn overgegaan tot het oprichten van aparte afdelingen voor verslavingsproblematiek en op enkele plaatsen heeft men aparte units voor problematische druggebruikers voorzien. Tot op heden probeert men vanuit het beleid van deze ziekenhuizen ruimte te creëren om deze maatschappelijke taak ten aanzien van deze specifieke en moeilijke cliëntengroep naar behoren te vervullen. Plaatselijke factoren en de beschikbaarheid van middelen bepalen in grote mate het beleid van de psychiatrische ziekenhuizen terzake.

Ten besluite:

De belangrijkste boodschap vanuit de psychiatrische ziekenhuissector is dat er voldoende know-how is, dat er voldoende intellectuele capaciteit is in deze sector, dat er voldoende psychologische capaciteit is, om de drughulpverlening binnen de psychiatrische ziekenhuizen op te nemen, en dat men onderscheid moet kunnen maken tussen behandeling van drugverslaafden en zorg voor drugverslaafden. Om dit te realiseren moet vooral de personeelsomkadering herbekeken worden. De gedwongen opname van drugverslaafden ziet men als een volledig apart luik dat ook herbekeken zou moeten worden.

5.1.2 De revalidatiesector inzake drughulpverlening

De revalidatiesector inzake drughulpverlening wordt erkend en gefinancierd door het RIZIV. De RIZIV-wet laat immers voor uitzonderingssituaties -dit kunnen maatschappelijke probleemgebieden zijn waarvoor geen specifieke initiatieven zijn erkend- toe, met de initiatiefnemers van dergelijke voorzieningen conventies af te sluiten. De huidige initiatiefnemers van deze initiatieven inzake specifieke drughulpverlening zijn divers van aard. De initiatiefnemers van De Kiem, De Spiegel en ADIC zijn telkens én de christelijke mutualiteit én de socialistische mutualiteit al dan niet aangevuld met nog andere participanten (een andere vzw, het provinciebestuur, het OCMW, het gemeentebestuur,...). Initiatiefnemer van Katarsis is de socialistische mutualiteit, van Kompas de christelijke mutualiteit. De Sleutel was oorspronkelijk een particulier initiatief dat later werd overgenomen door de Broeders van Liefde.

Op zich wordt het systeem van conventies niet echt als problematisch ervaren door de sector zelf, zij het dat dit hier en daar wel wat nadelen oplevert:

- men kan alleen patiënten voor financiering in aanmerking laten komen, die in orde zijn met hun ziekteverzekering;
- het systeem biedt geen zekerheden op langere termijn;
- het financieringssysteem is een enveloppesysteem waar alle kosten in opgenomen zijn, wat maakt dat er geen bijkomende kosten kunnen worden aangerekend zoals: artsenconsultaties, klinisch biologisch onderzoek, consultaties van specifieke specialisten (cfr. de jeugdpsychiater bijvoorbeeld)
- ook bijkomende kosten in verband met bouw en verbouw kunnen niet afzonderlijk worden aangerekend.
- onvoldoende financiële voorzieningen voor personeelsopleidingen

- voor De Sleutel is het moeilijk te aanvaarden dat de controle op haar werking gebeurt door aangestelden van de mutualiteiten die terzelfdertijd initiatiefnemer zijn in andere centra.

Nochtans wordt binnen dat subsidiëringskader van het RIZIV het systeem van forfaitaire betoelaging wel bepleit door de sector. De specifieke uitzonderingsaard van deze voorzieningen verklaart ook mede dat deze sector niet is opgenomen in de bestaande samenwerkingsvoorzieningen die de wetgever voorzag. De revalidatiesector participeert niet in de overlegplatforms, evenmin kunnen zij initiatiefnemer zijn van beschut wonen.

Alle behandelingscentra met een langdurig programma voorzien in een residentiële nazorgfase (tussenhuis of halfweghuis). Enkele centra hebben voor het tussenhuis een subsidiëring kunnen regelen door het onder te brengen in een initiatief voor Beschut Wonen. De andere centra nemen initiatieven in dezelfde richting. Een specifieke erkenningsvorm voor deze vorm van residentiële nazorg, die best een logisch vervolg is van de voorafgaande residentiële behandeling, bestaat tot nu toe nog niet.

Alle centra die ressorteren onder de groep revalidatievoorzieningen voor drugverslaafden zijn gericht op behandeling en verandering. De verschillende interventies en behandelingsvormen vertrekken vanuit de optimale doelstelling verslaafden te ontwennen en drugvrij te reïntegreren in de maatschappij. Hierbij wordt duidelijk gekozen voor een meer categoriale aanpak. Deze aanpak dringt zich op omwille van de uiterst complexe problematiek, de noodzaak aan multidisciplinaire teams en de praktische en organisatorische vereisten om controle te hebben op het innamegedrag van de cliënten. Voor de verdere ontwikkeling van deze centra blijft het belangrijk dat een voldoende mate van autonomie kan behouden worden.

Zeker in het kader van een pleidooi voor netwerkvorming in parallel met diversificatie van het hulpverleningsaanbod is de afwezigheid van deze sector in de bestaande overlegstructuren een tekort. Drughulpverlening vraagt immers een gedifferentieerde aanpak, waarin ruimte is voor verschillende aspecten van zorg en hulp, met name medische, psychosociale, juridische én socio-economische hulp. In dat aanbod moeten dan zowel crisisopvang, verzorging, begeleiding, ontwenning, zelfhulp en nazorg zijn opgenomen, telkens inspelend op verschillende vormen van gebruik en verschillende stadia van gebruik.

De ontwikkeling van de drughulpverlening zit momenteel duidelijk in een stroomversnelling. De verschillende centra staan voor een uitbreiding of hebben plannen om nieuwe initiatieven op te richten. Ook vanuit de overheid worden initiatieven genomen (oprichting Medisch Sociale Opvang Centra). Het aanbod inzake drughulpverlening zal zich moeten ontwikkelen tot een diversiteit qua aanbod en initiatiefnemers met aandacht voor zowel algemene zorgverstrekking als categoriale behandeling. Gezien het groot aantal betrokkenen in deze materie moet er dringend werk gemaakt worden van duidelijke overlegstructuren teneinde de bestaande en nieuwe initiatieven (regionaal, provinciaal en interprovinciaal) op elkaar af te stemmen.

De revalidatiecentra voor drugverslaafden zijn reeds gegroepeerd in de Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg. Contact en overleg met andere koepelorganisaties inzake drughulpverlening dringen zich op. Voor de revalidatiesector is het echter moeilijk om zicht te krijgen op wie de andere gesprekspartners zijn en wat hun concrete initiatieven zijn op het vlak van de drughulpverlening.

Voorts wordt nog de optimalisering en de standardisering van een goed en eenvormig registratiesysteem specifiek voor drughulpverlening bepleit.

Tenslotte wordt in de revalidatiesector inzake drughulpverlening ook meer ruimte voor opleiding én voor wetenschappelijk onderzoek benadrukt. Drughulpverlening vraagt een procesmatige aanpak en is een proces dat jaren kan duren, met veel herval en terug stoppen. Daarenboven zou een belangrijk aandeel van het herval kunnen worden toegeschreven aan een gebrekkige socio-economische reïntegratie. Om dat allemaal wetenschappelijk te ondersteunen en beter te kunnen aanpakken is meer onderzoek noodzakelijk.

5.1.3 De sector geestelijke gezondheidszorg

Een centraal knelpunt voor de centra geestelijke gezondheidszorg is gelegen in de wetgeving, die anno 1975 een algemene werking heeft opgelegd aan de centra. Dit verklaart mede waarom sommige centra die zich wel wilden specialiseren in afhankelijkheidsproblematiek dit destijds niet deden. Dit belette niet dat sommige centra zich desondanks de afhankelijkheidsproblematiek -vaak meer dan andere problematiek- bleven ter harte nemen. Andere centra waren vertwijfeld en hebben anders gekozen. Ook het besluit van 1988 bracht terzake weinig verandering. Centra die afhankelijkheidsproblematiek als hoofdproblematiek aanpakten, werden beschouwd als een "getolereerde afwijking". Nochtans kan men niet ontkennen dat er een zekere mentaliteitsverandering gaande is, ook op het niveau van de wetgeving.

Een daarop aansluitend knelpunt is dat de huidige belangstelling vanuit de overheid voor drughulpverlening nu volledig dreigt voorbij te gaan aan de centra geestelijke gezondheidszorg, ook aan deze die ondanks de wetgeving in matige en in belangrijke mate aan drughulpverlening doen. Op grond van historisch gegroeide feiten kunnen de centra aldus niet delen in extra middelen die voor drughulpverlening worden ingezet. Nochtans kan ook de sector geestelijke gezondheidszorg extra middelen gebruiken teneinde de daar opgebouwde drughulpverlening te verbeteren. Met name pleit ook deze sector voor de mogelijkheden tot meer specifieke opleiding inzake gespecialiseerde drughulpverlening. Daarnaast is de bestaande omkadering binnen de centra geestelijke gezondheidszorg eigenlijk niet toereikend voor gespecialiseerde drughulpverlening. De centra geestelijke gezondheidszorg die deze problematiek wel in belangrijke mate ter harte nemen, zijn daartoe maar in staat dank zij het aanboren van andere kanalen voor bijkomende middelen.

Het advies inzake de plaats en de functie van de centra geestelijke gezondheidszorg inzake drughulpverlening werd anno 1993 opgesteld in het advies 22 van het Vlaams Comité van Advies van de centra voor geestelijke gezondheidszorg[36].

Verslavingszorg moet in de eerste plaats beschouwd worden als een maatschappelijk probleem dat meer omvat dan alleen de illegale middelen. Vanuit de sector geestelijke gezondheidszorg wordt ervoor gepleit de verslavingszorg ook en nog meer te richten op het geheel van alcohol gerelateerde problemen. Met andere woorden, het is een veelzijdig meervoudig en complex gebeuren dat zich uitstrekt over vele sectoren: welzijnszorg, gezondheidszorg, justitiële zorg, ... Een gecoördineerd drugbeleid moet dan ook bij voorkeur al deze zorgsectoren in het geheel opnemen.

Verslavingszorg houdt diverse werksoorten in: naast primaire en secundaire preventie, passen eveneens advies, consultatie, begeleiding, hulpverlening, zorgverlening en allerhande therapeutische interventies. Enkel een multidisciplinair team is voorbereid op de veelzijdigheid die eigen is aan verslavingszorg. Daarnaast zijn uitbreidingen als coördinatie, case-management en regionale samenwerkingsafspraken noodzakelijk. Al deze taken behoren integraal tot het takenpakket van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

In verband met de regionale samenwerkingsafspraken wordt ervoor gepleit de voorzieningen binnen een bepaalde regio af te stemmen op de noden -kwalitatief en kwantitatief- van elke regio. Men verwijst daarbij onder andere naar het verschil tussen de grootstad en de meer landelijke gemeenten. Een goede spreiding van voorzieningen is aangewezen om geen concentraties van probleemcliënten te verkrijgen. Sommige centra hebben al jaren naar alcohol- en druggerelateerde problemen een waaier van efficiënte preventieve en therapeutische zorgen georganiseerd en zodoende ook bijgedragen tot de continuïteit in de zorgverlening. Een bepaalde groep centra verkiest evenwel niet met de populatie van drugverslaafden te werken en verwijzen die dan door naar andere centra. De centra participeren wel aan regionale coördinatie- en overlegstructuren en kunnen aldus ook een bijdrage leveren in de opvolging en registratie van drugproblematiek.

[36] VACA, Advies ivm de plaats en de functie van de centra geestelijke gezondheidszorg inzake drughulpverlening, Advies 22, Brussel, 4/1993, opgenomen in bijlage.

Het advies besluit dat de centra geestelijke gezondheidszorg bijzonder goed gesitueerd zijn om in het hulpverleningsveld naar alcohol- en drugproblematiek toe een passende hulp te verlenen, zij het als algemene ondersteuning of als categoriale en gespecialiseerde hulp. De centra geestelijke gezondheidszorg werken extramuraal en hebben een eigen identiteit waarbinnen zij geïntegreerd kunnen samenwerken binnen een ruimer en gedifferentieerd alcohol- en drughulpverleningsaanbod. Men neemt evenwel aan dat de centra geestelijke gezondheidszorg niet het totale pakket met alle mogelijke modaliteiten aan zorgen dienen te verlenen. Hiervoor zijn er andere voorzieningen met andere doelstellingen en methodieken. Het zelf in beheer hebben binnen eenzelfde locatie van zowel laag- als hoogdrempelige programma's brengt neveneffecten teweeg naar de totale behandelingsfilosofie en de beeldvorming van een psychosociaal behandelingscentrum. De centra geven dan ook aan dat langdurige onderhoudsprogramma's en zeer laagdrempelige methadoneverstrekking niet als dusdanig vallen binnen de behandelingsethiek en -doelen van de centra geestelijke gezondheidszorg. Via samenwerkingsverbanden met de andere drughulpverleningsinstanties zijn de centra wel bereid tot het beter afstemmen van de hulpvraag/nood op het aanbod, inclusief het aanbieden van intersectoriële hulp en advies.

5.1.4 De welzijnssector

Van alle centra die onderwerp uitmaken van het dekreet, dus ook van de onthaaltehuizen wordt verwacht dat zij (art8) met het oog op de kwaliteitsbewaking dienen mee te werken aan een naamloze registratie van het geboden hulpverleningsproces. Daarbij wordt volgende geregistreerd:

- niet-identificeerbare persoonsgegevens
- de gestelde hulpvragen
- de geboden hulpverlening
- het effect van de hulpverlening.

Inzake de context van deze nota, laten de registratiegegevens niet toe een onderscheid te maken, naargelang de aard van de verslaving waarmee men in de onthaalcentra te maken krijgt. Men pleit in dat verband wel voor meer samenwerking met de therapeutische gemeenschappen en de crisisinterventiecentra. Ook is meer overleg met de ziekenhuizen gewenst.

Inzake alcoholproblematiek wordt gepleit voor betere afspraken met de rijkswacht. Alcoholgebruik en -misbruik was vroeger ook een criterium voor niet-opname, intussen is men in de onthaaltehuizen met dit verschijnsel vertrouwd geraakt. Nu is alcoholproblematiek niet echt meer een probleem. Men verwacht een analoge evolutie ten aanzien van drugverslaafden. Er is wel grote nood aan vorming en ondersteuning voor de opvang van de specifieke doelgroep drugverslaafden. Het laatste decreet en de uitvoeringsbesluiten terzake bieden in deze discussie geen uitweg. Omgekeerd wordt wel gesteld vanuit de welzijnssector dat zij ook niet wensen dat andere sectoren zich van het drugprobleem zouden afmaken door altijd door te verwijzen naar de thuislozenzorg. Dit zou in de sector van de residentiële welzijnszorg overkomen als een 'niet opnemen van de verantwoordelijkheden door dezen'. De opname van illegale drugverslaafden zou veeleer gezien moeten worden als een tijdelijke oplossing in een noodsituatie.

Illegale drugsproblematiek wordt het meest aangevoeld in de opvangcentra voor jongeren. In het "begeleid wonen" wordt men iets vaker dan elders geconfronteerd met het probleem van medicatiegebruik en -misbruik.

Ook de samenwerking met de OCMW's en met het geheel van de ambulante welzijnszorg is voor de residentiële welzijnssector niet alleen van essentieel belang, het is een echte must. In dat verband wordt de door de wetgever opgelegde cesuur tussen ambulante en residentiële welzijnszorg als een extra knelpunt gesignaleerd. Precies in samenhang hiermee zijn er ook knelpunten inzake verslaafdenproblematiek. Immers blijkt het bijzonder moeilijk om mensen

met verslavingsproblemen, inzonderheid illegale drugsverslaving door te verwijzen naar de ambulante welzijnssector. De gespecialiseerde centra worden op hun beurt geconfronteerd met plaatsgebrek, met als gevolg dat ook zij de toelatingscriteria heel hoog kunnen leggen: een drugverslaafde moet al sterk gemotiveerd zijn om opgenomen te worden in een therapeutische gemeenschap.

Druggebruik wordt binnen de welzijnssector meer gezien als een symptoom van iets anders. Het is ten opzichte van dat 'andere' dat zeker voor de welzijnssector een taak is weggelegd, zowel preventief als curatief.

Dat dit nu nog te weinig gebeurt houdt vooral verband met een gebrek aan middelen. Nochtans levert de welzijnssector ook nu al een belangrijke bijdrage terzake, die meer ondersteuning vraagt[37]:

- toename van aantal opnames/aanmeldingen, waarbij middelengebruik een belangrijk aspect van de problematiek is;
- talrijke voorlichtingsactiviteiten, die door JAC's in het onderwijs en het jeugdwerk georganiseerd worden;
- initiatieven vanuit de thuislozenzorg voor de (crisis)opvang van dakloze druggebruikers;
- initiatieven vanuit justitieel welzijnswerk in de gevangenissen (groepswerk, samenwerking justitie-hulpverlening-advocatuur, ...)

De welzijnssector pleit ervoor de illegale drugsproblematiek in zijn juiste context te plaatsen[38]. Daartoe moet vertrokken worden van de persoonlijke én de sociale context van de druggebruiker. Die benadering gaat wel in tegen indelingen van druggebruikers in 'verslaafden' en 'niet-verslaafden', legale en illegale gebruikers, soft en hard druggebruikers. De voorgestelde indeling van het pluralistisch overleg welzijnswerk is dan ook:

- experimenteel druggebruik (vooral bij jongeren)
- geïntegreerd druggebruik (gebruik dat is ingepast in een voor de druggebruiker haalbare en sociaal aanvaardbare levenswijze)
- problematisch druggebruik (waarbij de gezondheid, de levenskwaliteit en de omgeving van de druggebruiker geschaad wordt)

Voorts stelt de welzijnssector dat de overdadige aandacht voor illegale drugs schril afsteekt tegen het massale en getolereerde gebruik van alcohol en tabak. Verantwoord omgaan met drugs is een zaak van een ruimer gezondheidsbeleid, aldus de welzijnssector. Ook wordt gepleit voor een dringende decriminalisering van druggebruik. Problematisch druggebruik wordt wel beschouwd als een complexe realiteit, waarbij persoonlijkheidsproblemen én de sociale situatie een rol speelt. In vele gevallen bestaat er een rechtstreeks en aanwijsbaar verband tussen problematisch druggebruik en kansarmoede of maatschappelijke uitsluiting. Dit is vooral voor het welzijnsbeleid een uitdaging. De welzijnssector pleit bijgevolg tegen eenzijdige benaderingen zoals criminalisering, eenzijdige curatieve en louter etische aanpak en voor verruiming van het preventiewerk naar andere domeinen dan het onderwijs.

Als kernopdrachten van het algemeen welzijnswerk ten aanzien van de drugproblematiek worden volgende vermeld:

- preventie van problematisch gebruik door medewerking te verlenen aan algemeen-preventieve voorlichtings- en sensibiliseringsacties en door coaching van jeugdorganisaties en onderwijsinstellingen in het voeren van een intern drugbeleid;
- aanbieden van psychosociale hulpverlening op de eerste lijn.

Via een bereikbare en laagdrempelige eerstelijnshulpverlening is het welzijnswerk goed geplaatst om tijdig in te spelen op de samenhang tussen druggebruik en talrijke psycho-sociale problemen. De welzijnssector kan informatie verstrekken en advies geven aan experimenterende druggebruikers. Ze kunnen aan jongeren, die van recreatief gebruik dreigen te evolueren naar problematisch gebruik, een aangepaste begeleiding geven. De welzijnssector

---

[37] Pluralistisch Overleg Welzijnswerk, Drughulpverlening en -preventie vanuit het Algemeen Welzijnswerk, 3/1995, p.1-4

[38] Pluralistisch Overleg Welzijnswerk, Naar een coherent drugbeleid. De bijdrage van het Algemeen Welzijnswerk, maart 1995

is ook goed geplaatst om ouders van problematische gebruikers op te vangen. De welzijnssector kan ook een belangrijke rol spelen in het wegwerken en/of leefbaar maken en houden van de omstandigheden die aanleiding geven tot problematisch gebruik. Ze kunnen ook een motiverende functie hebben naar ontwenningprogramma's toe.

Nochtans wordt aangenomen en aanvaard dat niet alle polyvalente centra zich op die drugproblematiek zullen toeleggen. Bepaalde centra hebben een geschikt aanknopingspunt voor drugpreventie en -hulpverlening: hulp en voorlichting aan jongeren, medische consultaties, vroeghulp en detentiebegeleiding, residentiële opvang in samenwerking met behandelingscentra, het organiseren van sociale vaardigheidstraining en de maatschappelijke integratie van bevolkingsgroepen met verminderde welzijnskansen.

Omtrent de nieuwe opdracht "organiseren van hulpverlening in verband met problemen die ontstaan door verslaving (art20§1,8°) zijn de wensen de volgende:

- die opdracht wordt bij voorkeur selectief toegekend én gekoppeld aan uitbreiding van de equipe, rekening houdend met regionale spreiding. Men suggereert één zo'n centrum met specifieke opdracht inzake drugproblematiek per ROSI-gebied (Regionaal Overleg- en SamenwerkingsInitiatief);
- de toegevoegde teamleden hebben dan opdracht om een drugspecifiek aanbod uit te werken. De samenwerking met de residentiële centra is hier een vereiste;
- de opdracht wordt als volgt: mobiliseren van deelwerkingen binnen de polyvalente centra voor drugpreventie en drughulpverlening; begeleiding van problematische gebruikers; inschakeling in het netwerk van drugpreventie en drughulpverlening: dit houdt samenwerkingsafspraken in met de gespecialiseerde preventiewerkers, behandelingscentra en afstemming op het justitieel en politioneel beleid, een voortrekkersrol ten aanzien van andere centra voor welzijnswerk teneinde te voorkomen dat druggebruikers worden geweerd uit de hulpverlening.

Samengevat situeren de knelpunten binnen de welzijnssector zich dus rond de duidelijke aanwezigheid van de drugproblematiek binnen de sector en de wil daarin de aan de sector eigen verantwoordelijkheden in op te nemen enerzijds én het nijpend gebrek aan middelen en aan menskracht die voldoende zijn bijgeschoold voor de opvang van drugproblematiek anderzijds.

Een ander tekort specifiek inzake drughulpverlening is de opgelegde cesuur binnen de welzijnssector tussen de residentiële en de ambulante werkvormen. Zeker inzake drughulpverlening lopen beide werkvormen in elkaar over en in elkaars verlengde.

5.1.5 Het straathoekwerk

Een van de meest nijpende knelpunten binnen het straathoekwerk is de tegenstelling tussen het 'in de lift zijn' van de werksoort enerzijds en de verscheidenheid van vooral nepstatuten waarin deze mensen hun werk moeten uitvoeren, anderzijds[39]. Deze situatie op het vlak van statuten heeft als resultaat dat doelstellingen op langere termijn slechts fragmentair of helemaal niet kunnen gerealiseerd worden. Ook bestaat er een trend dat deze laagdrempelige hulpverleningsvorm door het Ministerie van Binnenlandse zaken naar zich toe wordt getrokken, vooral in het kader van criminaliteitspreventie en -bestrijding, terwijl het in wezen toch om hulpverlening in de welzijnssector gaat. Ook bestaan er binnen deze sector grote loonverschillen en discriminerende onkostenvergoedingen. Daartegenover zijn de verwachtingen op korte termijn ten aanzien van het straathoekwerk veel te hoog.

Een ander belangrijk knelpunt voor het straathoekwerk is het gebrek aan omkadering en coördinatie. Mede daardoor raakt een aantal straathoekwerkers uitgeblust: ze krijgen geen concrete werkopdrachten en er is onvoldoende opleiding en begeleiding voorzien. Ook zouden

[39] VLASTROV, Verslag 1993-1994, p. 55

er dringend samenwerkingsverbanden moeten worden uitgewerkt tussen VFIK en veiligheidscontracten. Binnen deze twee fondsen worden soms mensen aangeworven die op hetzelfde terrein werken en binnen eenzelfde geografisch gebied, maar qua organisatie en overleg geen of nauwelijks contact hebben.

Een ander knelpunt is de contradictorische houding van sommigen om straathoekwerkers in een aantal gevallen niet au sérieux te nemen, maar ze omgekeerd wel op te zadelen met enorme verantwoordelijkheden.

Specifiek in verband met drughulpverlening signaleert het straathoekwerk een onvoldoende gedifferentieerd aanbod ten aanzien van druggebruikers. De voorwaarden voor crisisopvang liggen te hoog. Er is geen uniformiteit in de bestraffing van druggebruik. De tijd tussen feiten en vonnis kan soms zolang duren dat de gebruiker er tussentijds in slaagt van zijn problemen af te raken, om dan lang na de feiten nog eens geconfronteerd te worden met een effectieve straf en/of een zware boete. Dergelijke situatie legt ongetwijfeld een zware hypotheek op de op dat ogenblik bereikte toestand en het aan gang zijnde hulpverleningsproces.

Tenslotte zou een toename van het cocaïnegebruik ook aanleiding geven tot meer agressiviteit, wat het werk van de straathoekwerker er niet gemakkelijker op maakt.

Vlastrov heeft omwille van al deze knelpunten dan ook een aantal voorstellen geformuleerd. Vooreerst wordt benadrukt dat straathoekwerk niet overal voor alles de ideale werkvorm is. Inzake veiligheid kunnen goed opgeleide wijkagenten ook al veel voorkomen of problemen in de kiem smoren. De werkvorm straathoekwerk is een veelzijdige methodiek, waarvoor vooral jongeren de doelgroepen zijn en waarin zowel preventieve als curatieve aspecten aan bod kunnen komen.

Inzake bevoegdheid over de sector kan men twee richtingen uit. Men zou binnen één ministerie een aparte regeling voor het straathoekwerk kunnen uitwerken of men zou binnen de bestaande decreten ruimte kunnen creëren voor het straathoekwerk. In het laatste geval is een goede definitie en opvolging van wat straathoekwerk eigenlijk is, noodzakelijk.

Hoedanook is een stevige omkadering van het straathoekwerk belangrijk, met andere woorden coördinatie op inhoudelijk en op organisatorisch vlak. Enkel dan kunnen duidelijke werkopdrachten worden gegeven, is er ruimte voor intervisie en supervisie, wordt de kwaliteit bevorderd en valt een verantwoord rendement te verwachten. Vlastrov zelf is bezig regionale ankerpunten in te richten voor groepsintervisie, organisatorische opvolging en belangenbehartiging. Daarnaast zou elke organisatie die met straathoekwerkers werkt over een coördinator moeten kunnen beschikken voor permanente evaluatie van de werkopdrachten, voor individuele intervisie en voor het geven van feedback.

De straathoekwerkprojecten zijn wel nog volop op zoek naar enige bestaanszekerheid op langere termijn. De huidige financierders van het straathoekwerk zouden op zijn minst al tot een soort supra-overleg moeten kunnen komen zodat de straathoekwerkers niet naast elkaar gaan werken. Voorts is nivellering van de lonen wenselijk evenals een forfaitaire regeling voor de onkosten.

Tenslotte, men dient het straathoekwerk au sérieux te nemen. Verbetering van het statuut, degelijke opleiding en begeleiding, het accepteren van een inloopperiode voor beginnende straathoekwerkers zouden al heel wat erkenning bevorderen en frustraties kunnen voorkomen. Ook de realiteit van onregelmatige werkuren moet worden geaccepteerd en aanleiding kunnen geven tot enige flexibiliteit. Kortom, er is nood aan een reorganisatie van de eerstelijnshulp, zodat de groepen die door de bestaande hulpverleningsvormen niet bereikt worden, toch weer kunnen bereikt worden.

5.1.6 De zelfhulpgroepen

Vanuit de zelfhulpgroepen worden volgende knelpunten gesignaleerd:

- Voor sommige oudergroepen is het wenselijk het statuut van v.z.w. te verkrijgen. Het aantal contacten buiten de groep wordt zodanig groot dat het moeilijk wordt alle info te verwerken. Ook de vaak verre verplaatsingen vormen op een gegeven ogenblik een probleem. Een (kleine) financiële bijdrage via de overheid zou erg op prijs gesteld worden.

- De ouders voelen een bepaalde onmacht t.o.v. justitie, hulpverlening en politie. De deskundigen zijn bezig met de jongeren en toch slagen zij er maar niet in enige verandering ten goede in de situatie te brengen.

- De ouders voelen zich niet begrepen naar de residentiële hulpverlening toe. Vaak bellen zij naar de instelling om info over hun kind, maar deze wordt niet vrijgegeven, zodat de ouders totaal niet weten waar ze aan toe zijn. Uiteraard geldt dit niet voor alle instellingen.

- Het gevoel van onmacht van de ouders moet ten aanzien van de hulpverlening moet beter op elkaar afgestemd worden. Er moet meer begrip getoond worden voor de onwetendheid van de ouders. Een voorbeeld in een ambulante instelling: jongere komt thuis met hoofdpijn; moeder geeft enkele tabletten mee; instelling merkt dit; jongere wordt buiten gegooid; moeder was niet op de hoogte.

- Scholen moeten beter geïnformeerd worden: indien een kind/jongere drugs gebruikt, wordt onmiddellijk een link met de thuissituatie gelegd. Er wordt steeds gesuggereerd dat de ouders er direct of indirect de schuld van dragen dat hun kind drugs gebruikt. Deze 'mythe' zou doorbroken moeten worden, vooral omdat de ouders enorm afgeschrikt worden door deze 'beschuldiging', waardoor ze met een dubbel probleem te kampen hebben. De stap om vervolgens iets aan het probleem te doen, zowel voor zichzelf als voor het kind, wordt hierdoor bemoeilijkt. In dit kader wordt er dan ook gesuggereerd dat het probleem en wat er aan gedaan kan worden, bespreekbaar moet worden gemaakt op scholen. Tevens adviseert men de oudercomités van de scholen te verplichten over de problematiek te praten. Eventueel zou een tussenpersoon op school met kennis en vaardigheden rond de drugproblematiek gebruikende jongeren en ouders kunnen opvangen.

- De oudergroepen vinden dat de drugproblematiek bespreekbaar moet worden gemaakt naar de ganse bevolking toe: er dienen anti-drugcampagnes te worden gestart, maar ook dienen de ouders van niet-gebruikende jongeren geïnformeerd te worden over het hoe en wat van de problematiek wanneer het kind gaat gebruiken. Zij moeten op de hoogte gebracht worden van de stappen die zij kunnen ondernemen. Nu ziet men de situatie als volgt: ouders ontdekken dat hun kind gebruikt. De wereld van deze ouders stort in elkaar. Ze reageren met paniek. Dit leidt tenslotte tot ontwrichte gezinnen, stress, depressiviteit, echtscheiding en opnames in hulpverleningsinstellingen.

- De huisartsen zouden zich beter moeten informeren en zich moeten bijscholen inzake druggebruik. Zij geven meestal zelf toe te weinig kennis van zaken te hebben wanneer zij met de problematiek geconfronteerd worden. Ook m.b.t. de doorverwijzing van gebruikers en ouders dienen de artsen beter op de hoogte te zijn.

- De media dienen objectiever te zijn in de rapportering van topics inzake druggebruik. Enkel de sensatieverhalen halen de voorpagina's en dan nog meestal geheel uit hun verband getrokken. De ouders hameren er op dat lang niet alle druggebruikers marginalen en criminelen zijn en dat vele jongeren gewoon thuis leven bij de ouders waar het druggebruik van het kind een onderdeel van het leven is geworden.

- De ouders staan ervan versteld dat psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen wel problematische alcoholgebruikers opnemen, maar geen problematische druggebruikers. Het probleem stelt zich dan ook dat op crisismomenten de jongere onmiddellijk opgenomen moet kunnen worden. In plaats daarvan wordt hun opname geweigerd of wordt de jongere op een wachtlijst gezet. Nochtans is het juist op die crisismomenten dat zij hulp nodig hebben. Volgens deze oudergroepen is er een tekort aan crisiscentra. Het aantal zou moeten worden uitgebreid met een goede verspreiding over het Vlaamse land.

- Er is bij veel gebruikers een grote behoefte aan nazorg. Wanneer een druggebruiker lichamelijk is afgekickt en terug buiten de instelling terechtkomt, is de kans op herval zeer groot. Ze weten niet waar ze naartoe kunnen. Er zou ook een voorziening moeten zijn die deze mensen opvangt, al was het maar om de nodige papieren in orde te maken en eventueel te helpen naar het zoeken van werk.

- De ouders moeten ook juridisch op de hoogte worden gesteld. Zij zijn bij gebruikende kinderen altijd de dupe in financieel opzicht wanneer deze tot 25 jaar officieel nog bij de ouders thuis wonen. De ouders kunnen hierdoor in grote financiële problemen komen.

- De overheid moet beseffen dat probleemgebruikers ziek zijn en dat de gevangenis daarom geen oplossing kan zijn. Zelfs als zij ontwennen in een gevangenis hervallen zij onmiddellijk na hun vrijlating. Deze probleemgebruikers moeten naar gesloten instellingen met medische begeleiding.

5.2 Werksoort-overschrijdende knelpunten

In het voorgaande wordt veel aandacht gegeven aan vooral werksoort-gebonden knelpunten en problemen, vanuit een sterk werksoort-gebonden visie. Een aantal van deze problemen hangen nauw samen met een onvoldoende begrip en/of kijk van het specifieke aanbod van de andere werksoorten die met dezelfde soort problematiek begaan zijn.

5.2.1 Drugs, drugproblematiek, drugverslaving: begripsbepaling

Uit onze contacten met de diverse werksoorten blijkt zondermeer dat niet iedereen dezelfde inhoud verleent aan de invulling van deze begrippen. Deze zich wijzigende inhoud heeft uiteraard implicaties op de gesignaleerde knelpunten vanuit elke werksoort en dus ook op de interpretatie van deze knelpunten.

Hoewel we bij onze contactname met de verschillende werksoorten steeds aangaven dat onze studie onder de term drugs “alle drugs” wenste te verstaan, dus zowel alcohol, medicatie als (illegale) drugs, bleek dit hier en daar tot verwarring te leiden. Sommige werksoorten maakten expliciet kenbaar dat wanneer zij over problemen inzake drughulpverlening spreken zij wel degelijk illegale drugs bedoelen, andere werksoorten verkozen dit onderscheid niet te maken. Nog anderen wensten vooral het onderscheid te accentueren tussen druggebruik en drugverslaving. De problemen zouden vooral drugsverslaving betreffen, niet zozeer het druggebruik. Vanuit onderzoekersstandpunt was het dan ook zeer belangrijk precies te weten wat eenieder onder elk begrip wenste te verstaan. De meest gemeenschappelijke teneur leek daarbij de volgende:

- niet zozeer drugs, dan wel verslavingsproblematiek is een actueel maatschappelijk probleem
- indien gesproken wordt van “drugproblematiek” verwijst dit in de meeste gevallen naar verslavingsproblematiek aan illegale drugs
- illegale drugverslaving is een minder gekend/vertrouwd probleem in de meeste hulpverleningswerksoorten dan alcoholverslaving
- illegale drugverslaving stelt andere eisen aan de hulpverlening dan andere vormen van verslaving (men verwijst hierbij zowel naar ruimtelijke infrastructuur als naar personeelsomkadering -aantal en soort)

5.2.2 Bevoegdheidsverdeling, financiering, personeelsomkadering

De bevoegdheid over de drughulpverlening is verdeeld over verschillende ministeries. Op federaal niveau zijn de minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, de minister van Sociale Zaken, de minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken bevoegd, elk over een deel binnen het geheel van de ‘drughulpverlening’. Gezien de beperking tot het aantal werksoorten waarvan in het begin sprake, zijn het in eerste instantie beide eerstgenoemde ministers die betrokken zijn bij twee grote werksoorten in de drughulpverlening: de psychiatrische ziekenhuizen en de revalidatiecentra inzake drughulpverlening. De ambulante geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector in zijn geheel behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Gezin en

Welzijn. Het straathoekwerk is dan weer een werksoort die, afhankelijk van de kaders waarin de straathoekwerkers zijn tewerkgesteld, behoort tot de bevoegdheid van van de federale minister van Binnenlandse Zaken en de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden.

Uit de studie blijkt nochtans dat er nogal wat raakgebieden zijn tussen de verschillende werksoorten, ongeacht de ministers waarvan ze afhankelijk zijn. Ook blijken niet zozeer het bestaan van deze raakgebieden op inhoudelijk vlak een probleem bij voorrang, het is veeleer een knelpunt dat een vergelijkbare soort van activiteiten, afhankelijk van de bevoegde overheid op een toch wel verschillende manier geprogrammeerd, erkend en gefinancierd worden.

Aldus belanden we automatisch bij het knelpunt van de verschillende financiering en/of financieringscriteria binnen de drughulpverlening. Drughulpverlening binnen de psychiatrische ziekenhuizen wordt gefinancierd overeenkomstig de klassieke criteria van expliciet medisch geïnspireerde "verplegingsinrichtingen". Met andere woorden, voor deze instellingen gelden ondermeer programmatiecriteria voor wat het aantal en de soort bedden betreft, de dubbele financiering die kenmerkend is voor de ziekenhuissector (ligdagprijs én medische prestaties), de vooral medische en verpleegkundige omkadering. De revalidatiecentra inzake drughulpverlening worden gefinancierd volgens een forfaitair systeem, waarin alle kosten (gebouw, medische zorgen, specifieke therapieën, alle personeel, ...) meteen zijn opgenomen. Dit laatste biedt dan weer ruimte voor het aantrekken van een meer sociale en psychotherapeutische omkadering. Gemeenschappelijk voor beide is dat de financiering gebeurt overeenkomstig het effectief aantal dagen verblijf van de cliënt/patiënt in de instelling én dat de terugbetaling afhankelijk is van de status van de patiënt op het vlak van zijn verzekerbaarheid. Beide systemen blijken voor- en nadelen te hebben, maar elkeen meent dat de zon aan de andere kant meer schijnt. Desalniettemin kan dit verschil in financiering een belangrijke hinderpaal vormen in een mogelijke samenwerking en een betere afstemming op elkaar op het vlak van drughulpverlening.

Voor wat de ambulante voorzieningen betreft, lijkt de afstemming en de financiering van de voorzieningen ten opzichte van elkaar wat makkelijker. Het feit dat eenzelfde minister bevoegd is over zowel de centra geestelijke gezondheidszorg als over de diverse soorten ambulante centra voor welzijnswerk, als over de samenwerkingsvoorzieningen, leidde alvast tot een iets grotere eenvormigheid tussen deze erkende werksoorten op het vlak van erkennings- en subsidiëringscriteria. Evenwel ontstond om tal van redenen -historische en andere- naast deze algemene ambulante werksoorten, een in drughulpverlening gespecialiseerde ambulante werksoort, die volgens gans andere criteria erkend en gefinancierd wordt en eveneens uit andere financieringsbronnen middelen put. Een werksoort tenslotte die inhoudelijk wel goed aansluit bij het algemeen welzijnswerk, blijft -voorlopig althans- nog volledig verstoken van enige erkenning en subsidiëring en heeft zijn werking te danken aan tijdelijke initiatieven in verband met criminaliteitspreventie en -bestrijding. We hebben het hier over het straathoekwerk. Zelfs binnen diezelfde werksoort bestaan nog grote verschillen in de financiering van het personeel.

De enen signaleren problemen om een kwalitatief optimale werking uit te bouwen met de bestàànde middelen en met de bestàànde personeelsomkadering voor een àlgemene werking, terwijl de anderen zich wel in drughulpverlening kunnen specialiseren, maar in belangrijke mate afhankelijk zijn van meerdere soorten en vooral van op termijn onzekere financieringsbronnen. Geen van beiden is gelukkig met de huidige situatie en ze is dan ook zeker niet bevorderlijk voor de zo noodzakelijke samenwerking en afstemming op elkaar specifiek inzake drughulpverlening.

Een rode draad in het geheel van problemen en knelpunten blijft enerzijds de bevoegdheidsverdeling, anderzijds de uitdrukkelijke wens tot behoud van de bestaande verscheidenheid.

5.2.3 Een categoriale aanpak voor illegale drugs: wenselijk of noodzakelijk?

Onmiddellijk in aansluiting op dit knelpunt van de bevoegdheidsverdeling over zoveel verschillende overheden, past het de vraag te stellen naar de wenselijkheid versus noodzaak van een categoriale aanpak inzake drughulpverlening. "Kunnen de maatschappelijke veranderingen in verband met de drugproblematiek verantwoorden dat specifiek voor drughulpverlening een categoriale aanpak wordt voorzien?". De revalidatiecentra inzake drughulpverlening blijken nog steeds een uitbreiding te ondergaan. Voorzieningen die drughulpverlening als opdracht opnemen naast andere vormen van hulpverlening kampen met de vraag of de opvang en zorg van drugverslaafden niet bij voorkeur kan gebeuren in een aparte ruimtelijke infrastructuur en/of in aparte groepen met drugproblematiek als gemeenschappelijk probleem. Onzekerheid bestaat dan nog of de categoriale aanpak 'alle drugs' dan wel alleen illegale drugs moet betreffen.

Tegenover de problematiek van de categoriale aanpak van verslavingsproblematiek en/of in het bijzonder van illegale drugproblematiek is een genuanceerd denken aangewezen. Polarisering is in elk geval niet wenselijk. De groep druggebruikers is immers zeer heterogeen op het vlak van aard van het produkt, ernst en mate van gebruik, comorbiditeit, aan-/afwezigheid van andere geassocieerde problematiek. Deze heterogeniteit in de doelgroep is dan ook het meest gebaat met het voortbestaan van beide invalshoeken: een meer algemene benadering én een categoriale benadering. Het is belangrijker beide benaderingswijzen meer op elkaar af te stemmen en te komen tot een duidelijker indicatiestelling wanneer welke benadering het meest/minst is aangewezen.

Teveel nadruk op een categoriale benadering leidt gemakkelijk tot versterking van de reeds marginale situatie waarin druggebruikers zich vandaag bevinden. Een ander nadeel van een te sterk categoriale benadering is het risico dat groepen hulpverleners nàast elkaar gaan werken.

Het categoriseren tenslotte houdt bovendien het risico in de visie in de samenleving, 'als zou elk druggebruik problematisch zijn/worden' en/of als zou elk druggebruik geassocieerd kunnen worden met verslaving en daarenboven met criminaliteit' te versterken. De hulpverleners moeten zich ook niet zo aangesproken voelen als zouden zij dat probleem kunnen oplossen.

Een categoriale benadering hangt ook samen met het gevoelig onderscheid tussen de definities van drugs, druggebruik en drugverslaving. De hulpverlener staat ook voor de uitdaging zich tegenover de beeldvormingen binnen de samenleving te positioneren. Ook moet er dringend worden stilgestaan bij de vraag wie eigenlijk de klant is:

- is het de druggebruiker zelf;
- is het de omgeving van de druggebruiker;
- is het de samenleving.

Er wordt ook nog een antwoord gemist op de vraag naar het doel van de drughulpverlening. Ook op dat vlak is er een tekort aan informatie over 'hoe de verhoudingen terzake liggen tussen de verschillende werksoorten'.

Men zou tenslotte kunnen besluiten dat er niet echt nood is aan een categoriale aanpak, maar wel en veel explicieter aan volgende twee zaken:

- een duidelijker profilering van elkeen ten opzichte van elkaar;
- een duidelijker kijk op welke schakel elke werksoort vormt in het gehele netwerk van drughulpverlening. Hoever liggen eenieders doelen en hoe passen die in elkaar.

Daarnaast kan men nog opmerken dat het gebruik van de cliënten van de diverse hulpverleningsvormen vaak heel wat minder categoriaal is dan de drughulpverleningsvormen zelf. Onze neiging tot categoriseren heeft dan ook meer te maken met specifieke gedragspatronen van bepaalde cliënten. In dat verband wordt ook verwezen naar de

belangrijke verschillen tussen heroïne-gebruikers/-verslaafden en XTC-gebruikers/-verslaafden. Ook de hulpverleners staan hier voor keuzen:

- is het de taak te helpen ten aanzien van de individuele psychische nood van druggebruikers/-verslaafden;
- en/of
- is het de taak van de hulpverleners te beantwoorden aan de nood van een samenleving in verband met (sommige) gevolgen van druggebruik/-verslaving.

Een laatste argument in het nadeel van teveel nadruk op een categoriale benadering is het punt dat elke werksoort in de drughulpverlening goed moet beseffen dat elk afzonderlijk geen totaal oplossing kan bieden aan de drugverslavingsproblematiek. Elke tussenkomst van een hulpverlener maakt deel uit van een proces in de totale aanpak en/of behandeling. Elke werksoort neemt verantwoordelijkheid op voor een bepaald stukje in dat proces. Er zijn bovendien verschillende soorten cliënten/patiënten en er zijn verschillende fasen in de problematiek. Op dit ogenblik staan we nog niet ver genoeg in de specifieke duiding en/of indicatiestelling wélke aanpak op welk moment het meest is aangewezen. Dit leidt tenslotte tot de bespreking van het volgende overkoepelende knelpunt.

5.2.4 Gebrek aan onderzoek

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek terug te vinden over de kwaliteit en de effectiviteit van bepaalde behandelingsvormen in de drughulpverlening. Uitgaand van de visie dat drugverslaving en drugontwenning in eerste instantie een -doorgaans langdurig- procesmatig verloop kent, is het nochtans van het allergrootste belang meer inzicht te hebben in dat proces en te beschikken over nauwkeuriger indicatie-parameters voor een meer specifieke toewijzing van deze of gene behandelingsvorm.

Daarnaast blijkt er ook een volkomen gebrek aan voldoende epidemiologische gegevens om de beweging in de tijd van verslavingsproblematiek te kunnen volgen.

Zeker wanneer in termen van programmatie van de drughulpverlening wordt gedacht, zijn beide onderzoekstopics ten zeerste van belang.

Onderzoek naar de effectiviteit is moeilijk, maar dit mag geen reden zijn om het niet te doen. Een eerste stap in dergelijk onderzoek is het expliciteren van de specifieke eigen doelstellingen door elke werksoort in het gehele netwerk van de drughulpverlening. Hieruit kan al een stuk betere en meer afgelijnde beeldvorming over de verschillende hulpverleningsvormen voortvloeien. Ook de uitwisseling van ervaringen kan en moet eigenlijk positief worden benut.

Voorts is het van essentieel belang dat het wetenschappelijk onderzoek objectief moet kunnen gebeuren, in een open sfeer. Dit is doorgaans niet het geval binnen organisaties die in eerste instantie begaan zijn met 'een zichzelf bewijzen' in de drughulpverleningsector. Een onafhankelijke instantie moet met dergelijke opdrachten worden belast (bv. één of meerdere universiteiten). Daarbij moet de opdrachtgever van dergelijk onderzoek goed gekend zijn. Het is noodzakelijk dat met een open agenda wordt gewerkt. Indien aan deze voorwaarden niet wordt voldaan kan men ook niet meer rekenen op betrouwbare onderzoeksgegevens en -resultaten.

Om aan specifiek onderzoek te kunnen doen moeten de verschillende werksoorten in het geheel van de sector ook bereid zijn om in hun kaarten te laten kijken. Het is bijgevolg aan de hulpverleners om naar buiten te durven komen met hun methodes, om de eigen werkwijzen in vraag te durven stellen, om het risico te durven nemen dat openlijk wordt ingegaan tegen een aantal vastgeroeste waarden. De analyse moet dan kunnen gebeuren voor alle werksoorten, die dan op hun beurt door een onafhankelijk onderzoeksinstituut kunnen worden samengebracht en op anonieme basis worden vergeleken. Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen de werksoorten hun specifieke aanpak bijsturen en dit bij

voorkeur in samenspraak met de andere werksoorten. Dit vraagt tenslotte dat de onderzoeker ook toegang krijgt tot alle werksoorten.

Naast de noodzaak doelstellingen vast te leggen, alvorens te starten met effectiviteits-onderzoek, moeten de criteria voor effectiviteit ook bij voorbaat kunnen worden vastgelegd. Er zijn diverse topics mogelijk:

- het behoud van enthousiasme bij een team, ook ingeval van heropname;
- de progressie van het netwerk;
- het aantal personen dat bij eenzelfde cliënt betrokken is.

Een mogelijk resultaat van effectiviteitsstudie zou bijvoorbeeld kunnen het inzicht zijn in de kwaliteit van een (op proef) uitgebouwd netwerk. Tenslotte mag niet elke werksoort aannemen en geloven dat zij de volledige oplossing kunnen geven. Kwaliteit van de communicatiekanalen tussen de diverse betrokkenen in het netwerk kan evengoed een maatstaf vormen van effectiviteit. Andere, minder diepgaande criteria zijn het aantal contacten met andere werksoorten naar aanleiding van een specifieke cliënt.

Onderzoek vraagt tenslotte eveneens middelen. In verband met het epidemiologisch onderzoek kan wellicht deels al verwezen worden naar de nood aan een eenvormig registratiesysteem in de drughulpverleningssector. Hierop wordt ingegaan in volgend hoofdstuk.

5.2.5 Afwezigheid van een eenvormig registratiesysteem in de drughulpverlening

De registratie vormt een ander overkoepelend én nijpend knelpunt. Niet dat de verschillende werksoorten niet over een eigen registratie zouden beschikken, maar wel dat bij de opmaak van de registraties voor elke werksoort afzonderlijk, blijkbaar weinig werk werd gemaakt tot hetzij opname van de drugproblematiek als een specifiek probleem met specifieke eisen op het vlak van registratie, hetzij tot enige afstemming van de gegevens van de verschillende werksoorten op elkaar. Enkel de revalidatiesector inzake drughulpverlening beschikt op dit ogenblik over een -op het vlak van drugproblematiek en behandeling- specifiek registratiesysteem. De vraag die zich stelt voor aanpassingen of uitbreidingen bij de andere meer algemene werksoorten op het vlak van registratie hangt evenzeer samen met het antwoord op de vraag naar de nood aan een categoriale aanpak.

Een goede registratie vormt vaak al de sleutel op veel andere zaken. Maar ook hier is de voorwaarde een bereidheid tot medewerking vanuit de verschillende werksoorten. Vooraf hoort er ook een expliciete eenduidigheid te bestaan omtrent:

- de doelstellingen van de eenvormige registratie
- de specifieke definities
- de minimale inhoud van zo'n registratie

Een minimale vergelijkbaarheid is hoogstnoodzakelijk, maar zal eveneens toegevingen vergen van àlle betrokkenen. Voor registratie is eveneens ook een financiële compensatie aangewezen binnen de hulpverleningsvoorzieningen zelf. Drie fundamentele vragen dienen vooraf te worden beantwoord:

- wie moet registreren
- wat moet men registreren
- waarvoor wordt geregistreerd

De vraagstelling moet derhalve niet zijn: "welk software systeem zouden we allemaal samen het best gebruiken", maar wel:

- welke variabelen moeten alle werksoorten minimaal allemaal opnemen
- welke (gemeenschappelijke) coderingen moeten voor die variabelen worden voorzien
- in welk formaat moeten die minimale gemeenschappelijke gegevens worden afgeleverd aan een centraal (onafhankelijk) verwerkingscentrum.

Ervaringen met bestaande registraties zijn vaak dat het materiaal louter intern wordt gebruikt en dat er te weinig met de gegevens gebeurt in verhouding tot de geïnvesteerde tijd voor de invulling. Een zwak punt van registratie is vaak ook de gebrekkige controle op de correctheid van de gegevens op het niveau van de invulling. Dit hangt wel eens samen met de macht die erachter staat, of met de bedoelingen van de beleidsvoerder (bv) met gegevensverzamelingen. Deze laatste zijn vaak louter administratief en controlerend van aard. Dit belet niet dat registratie ook benut kan worden voor kwalitatieve doeleinden. In die zin worden de mogelijkheden van registratie onderschat. Enkel het personeel om zich specifiek met die materie bezig te houden ontbreekt.

Omgekeerd is het een terugkerende ervaring in verband met registreren dat eenieder door de fasen van onzekerheid en terughoudendheid moet geraken om er uiteindelijk, na een periode van regelmatige feedback, actief aan mee te werken. Doorgaans heeft de snelheid van dat proces te maken met de aanwezigheid van personen die gevoelig zijn voor registratie en bereid zijn daar iets voor te doen. Hoedanook blijft het van essentieel belang dat de registratie ook nuttig moet zijn voor de instellingen zelf, opdat men op enige positieve bereidheid zou kunnen rekenen.

Indien registratie kan worden benut door de instellingen zelf als beleidsondersteunend loopt het vaak goed, alleen moeten de instellingen zelf dan wel een duidelijk beleid hebben.

Tenslotte wordt uitgegaan van de idee dat een goede registratie bij voorkeur moet uitgaan van van de hulpverleningssector zelf. Ook voor de uitbouw van registratie is het functioneren in een netwerk nuttig en wederzijds bevruchtend. In een registratie tenslotte is het niet alleen nuttig cliëntgegevens te registreren, ook het aanbod is een interessante topic voor registratie. Dit is evenwel veel complexer.

5.2.6 Een tekort aan samenwerking

Veelal wordt gehoord dat er te weinig samenwerking is. Een knelpunt in dat verband is veelal dat de diverse werksoorten geen inzicht hebben in de doelstellingen, de inhoud, de aanpak en/of de visie van elke werksoort afzonderlijk. Hoe definieert eenieder zich in het geheel van de drughulpverlening. De verschillende werksoorten zijn te weinig geprofileerd:
"Wat zijn de gelijkenissen versus verschillen tussen de werksoorten?" Er wordt dan nog niet gesproken van de individuele verschillen die er bestaan binnen eenzelfde werksoort en/of binnen het niveau van één hulpverleningsvoorziening.

De bestaande overlegvormen voldoen niet aan de behoefte en staan meer in functie van het krijgen van meer cliënten. Een gunstig neveneffect evenwel kan zijn dat de werksoorten een eerste aanzet kunnen geven tot het zichzelf profileren. Een goed functionerende samenwerking vooronderstelt eveneens de explicitering van datgene wat eenieder van de samenwerking verwacht. Zo kan die samenwerking vooral draaien rond een bepaalde cliënt, maar ook in een bepaalde beleidsmatige aanpak.

Samenwerking werkt in de praktijk overigens alleen als er een onderlinge afhankelijkheid bestaat tussen de diverse betrokkenen. Met andere woorden, er moét een gemeenschappelijk belang zijn, dit is onvoorwaardelijk.

Tenslotte worden in verband met samenwerking nog twee problemen geformuleerd:

- ook samenwerking kost heel wat tijd en energie

- praktisch gezien, wordt het steeds moeilijker de mensen op plaatselijk/stedelijk niveau rond de tafel te krijgen

Voorts is er in een stedelijke regio een grote behoefte aan 'case-management', wegens de grote mate van drugtoerisme. Specifiek rond moeilijke cliënten/patiënten bestaat er in die zin zeer zeker een hoge mate van gemeenschappelijke afhankelijkheid. De grootste rem in het geheel is de concurrentiële ingesteldheid en de veel te sterke reflex van zelfbehoud.

5.2.7 Nood aan vorming en specifieke deskundigheidsbevordering

Een laatste knelpunt is de veelgehoorde vraag naar meer opleiding en deskundigheidsbevordering inzake de opvang van drugproblematiek. Specifiek inzake deze problematiek heerst er nog veel onzekerheid ja zelfs angst om met 'verslaafden' om te gaan. De vraag naar vorming betreft dan zowel mogelijkheden qua tijd voor het bestaande personeel om dergelijke opleidingen te volgen binnen het kader van hun opdracht, als qua beschikbare middelen. Het volgen van specifieke trainingen vraagt immers doorgaans een serieuze financiële investering. De revalidatiesector inzake drughulpverlening van haar kant is bereid haar bijdrage te leveren in dergelijke opleiding ten aanzien van de andere werksoorten, in de mate dat dergelijke activiteiten ook subsidieerbaar zouden zijn binnen de huidige financiering. De forfaitaire financiering laat weinig ruimte zij het voor het volgen, zij het voor het geven van specifieke vorming.

6. Slotbeschouwingen

De drughulpverleningssector is een breed veld waarin meerdere werksoorten zijn betrokken. Zowel in de ambulante als in de residentiële drughulpverleningssector zijn er werksoorten ontstaan die zich uitsluitend op drughulpverlening specialiseerden. Verder zijn er binnen de ambulante en residentiële werksoorten zowel initiatiefnemers die zich ook op de drughulpverlening toeleggen en specialiseren (naast andere probleemgebieden) als initiatiefnemers die zich helemaal niet met drughulpverlening inlaten. In die zin kan men spreken van verschillende combinatiemogelijkheden:

- diegenen die zich niet inlaten met drughulpverlening;
- diegenen die zich een beetje inlaten met drughulpverlening, binnen bepaalde marges;
- diegenen die zich in belangrijke mate inlaten met drughulpverlening;
- diegenen die zich enkel inlaten met drughulpverlening.

Binnen die laatste groep gaat het niet alleen om de revalidatiecentra inzake drughulpverlening, hieronder wordt ook tenminste één psychiatrisch ziekenhuis verstaan dat zich uitsluitend op drughulpverlening toelegt, als een beperkt aantal centra geestelijke gezondheidszorg die zich als specifiek drughulpverleningscentrum profileren.

Een gemeenschappelijk gegeven is in elk geval dat al deze voorzieningen -ongeacht waar ze zich situeren in de vier mogelijke combinaties- zich tenminste verantwoordelijk voelt voor het lot van de hulpvragende druggebruiker en/of -verslaafde en daarbij hetzij het absolute minimum onderneemt, hetzij verdere stappen zet. Dit absolute minimum bestaat er dan in de patiënt/cliënt al dan niet actief door te verwijzen naar een voorziening die tot één van de drie laatstgenoemde combinatiemogelijkheden behoort.

Met andere woorden, er is een grote verscheidenheid in het werkveld drughulpverlening en die weerspiegelt op haar beurt ook de verscheidenheid in het doelpubliek inzake drugs. De populatie druggebruikers is immers eveneens zeer verscheiden en dus heterogeen samengesteld op verschillende vlakken. Een voldoende gediversifieerd aanbod lijkt dan ook een goed antwoord op een heterogeen doelpubliek.

Wat in het geheel wel lijkt te ontbreken is een degelijk inzicht in de specificiteit van de werksoorten enerzijds en in de diversiteit van de kenmerken van de verschillende druggebruikers, -verslaafden. Dit vormt meteen een tweede belangrijke conclusie uit deze studie. Precies op dat vlak blijken er nogal wat onduidelijkheden, ja zelfs onjuistheden te bestaan met betrekking tot het ideeëngoed dat elke werksoort over een andere werksoort heeft ontwikkeld. Een eerste fundamentele stap om tot een oplossing te komen van de bestaande problemen in de drughulpverleningssector bestaat er dan ook in de correcte informatie te verzamelen en te verschaffen van elke werksoort en over elke werksoort. Tot deze correcte informatie behoren dan de gegevens over de specifieke doelstellingen, de aangewende methodiek, de aard van de problematiek die men opneemt/behandelt, de kenmerken van de cliënten, de ervaringen op het vlak van therapietrouw, ... Daarnaast weet elkeen daarbij bij voorkeur van elkaar, op welke wijze hij/zij gefinancierd wordt, want ook hieromtrent blijkt er nogal wat fout en/of onvolledig ideeëngoed te bestaan. De aard van de financiering hangt immers vaak samen met de verwachtingen van de overheid ten aanzien van elke betrokkene in het drughulpverleningscircuit. Enkel wanneer dezelfde en/of zelfs hogere verwachtingen worden gekoesterd in samenhang met een beperkte financiering kan en moet men zich vragen stellen bij de bestaande toestand. Een andere mogelijkheid is dat men een andere profilering wil uitstralen dan dat wat samenhangt met de verwachtingen van de overheid. In dat geval zullen keuzes moeten worden gemaakt, maar ook hier is duidelijkheid terzake een eerste stap.

Een andere slotbeschouwing heeft betrekking op het specifiek 'drugproblematiek-jargon'. Uit de confrontatie met de zes werksoorten in de drughulpverlening kunnen we ons niet van de indruk ontdoen dat elke werksoort het over andere cliënten/patiënten heeft wanneer hij/zij over de eigen werksoort spreekt in verband met drughulpverlening. Het is bijgevolg dringend noodzakelijk gedegen beschrijvingen te kunnen maken van de specifieke aard van het

drugcliënteel binnen elke werksoort. Hieruit zou wel eens de noodzaak van zoveel verscheidenheid aan diverse soorten van drughulpverleningsvormen kunnen blijken. Daarenboven zou de toewijzing van een specifiek drugprobleem in principe dan ook meer op feitelijke gegevens kunnen worden gesteund dan op zuiver concurrentiële pro- of anti-ingesteldheden.

Een ander element betreft de onvolledigheid qua bestaande en wettelijk bepaalde overlegstructuren op het vlak van betrokken werksoorten. De bestaande overlegplatformen nemen immers niet alle werksoorten op in dat overleg. Dit heeft ten dele te maken met de bestaande bevoegdheidsverdeling. Zeker inzake complexe problemen zoals drugs, is interministerieel en interdepartementeel overleg noodzakelijk. Als dit overleg op beleidsniveau mogelijk is, moet men dergelijk overleg zeker ook kunnen creëren binnen het werkveld.

De definities in verband met het drugthema zijn verdeeld, de werksoorten zijn verdeeld, de doelstellingen van de werksoorten zijn verdeeld, de perspectieven op langere termijn zijn verdeeld. Kortom, het denken over drugs en oplossingen is uiterst verdeeld. Bovenop dat probleem van verdeeldheid komt dan nog het probleem van de niet-explicitering van de eigen positie in het geheel. Alle werksoorten willen participeren in het netwerk van drughulpverlening, alleen is voor velen de explicitering waar en in hoever ze erin willen participeren niet expliciet. In bepaalde gevallen hangt dit wellicht ook samen met het illegaal karakter van bepaalde drugs. Hoedanook deze verdere explicitering vormt een eerste stap in de verdere uitbouw van netwerken van drughulpverlening. Zeer gauw zal blijken dat elke werksoort, elke partner zijn plaats heeft in het gehele netwerk, meer nog noodzakelijk is op die plaats.

Kortom, er is nog heel wat werk terzake aan de winkel in het praktijkmidden als het om drughulpverlening gaat, maar één zaak staat vast: er komt beweging in en dat op zich is een goede zaak.

Bibliografie

1. ALG. WELZIJNSWERK,. BESLUIT V/D VL. REGERING TOT UITVOERING VAN HET DECREET VAN 24/7/1991 BETR. HET ALGEMEEN WELZIJNSWERK, MEDEDELINGEN AAN DE LEDEN VAN DE VLAAMSE REGERING, DE VL. MIN. VAN FINANCIËN EN BEGROTING, GEZONDHEIDSINSTELLINGEN, WELZIJN EN GEZIN, 1994.
2. DE KIEM VZW, DRUGVRIJE THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP, JAARVERSLAG 1993
3. DE SLEUTEL, CRISISINTERVENTIECENTRUM, JAARVERSLAG 1993
4. DE SLEUTEL, DAGCENTRUM ANTWERPEN, JAARVERSLAG 1993
5. DE SLEUTEL, DAGCENTRUM BRUGGE, JAARVERSLAG 1993
6. DE SLEUTEL, DAGCENTRUM GENT, JAARVERSLAG 1993
7. DE SLEUTEL, DAGCENTRUM MECHELEN, JAARVERSLAG 1994, DEEL 1: INHOUDELIJKE WERKING
8. DE SLEUTEL, DRUGVRIJE THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP, CIJFERGEGEVENS 1993
9. DE WILDE H., VERSLAVING: EEN BESCHRIJVING VAN DE ZELFHULPGROEPEN, ONUITGEGEVEN TEKST TER BESCHIKKING GESTELD DOOR TREFPUNT ZELFHULP.
10. DECREET BETREFFENDE HET ALGEMEEN WELZIJNSWERK VAN 24 JULI 1991, BS 18/9/1991.
11. ENGELHARDT P., DE REÏNTEGRATIE, IN: DE SPIEGEL, '93 JAARVERSLAG
12. FED. DIENSTEN GEEST. GEZONDHEIDSZ. VZW, VERGELIJKEND OVERZICHT KON. BESLUIT VAN 20 MAART 1975 BETREFFENDE DE ERKENNING EN DE SUBSIDIËRING VAN DE DIENSTEN VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, EXECUTIEVE BESLUIT VAN 1 DECEMBER 1988 INZAKE DE ERKENNING EN BETOELAGING VAN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, GENT, FDGG, S.D.
13. FRANSSEN A., DAGCENTRUM BRUSSEL, IN: TIJDSCHRIFT VOOR VERSLAVINGSPROBLEMATIEK 94/2
14. JORDENS L., ZELFHULP EN VERSLAVING. IN: VERSLAG VAN EEN STUDIEDAG, BRUSSEL, V.A.D., 1988
15. KOMPAS VZW, OPVANGCENTRUM VOOR DRUGGEBRUIKERS, INFOBROCHURE, 1994
16. LENDERS F., NOTA INZAKE ZELFHULPGROEPEN, 3/95
17. LISSENS G., BEDENKINGEN BIJ HET WETSVOORSTEL TOT AANVULLING VAN DE WET VAN 29 JUNI 1964 BETREFFENDE DE OPSCHORTING, HET UITSTEL EN DE PROBATIE INZAKE DE VERPLICHTE VERZORGING BIJ VERSLAVING AAN VERDOVENDE MIDDELEN (ARTS-HERMANS), IN: FATIK, JUNI 1993
18. MARTENS J., HET NIEUW MODULAIR PROGRAMMA, IN: DE SPIEGEL, '92 JAARVERSLAG
19. NIET GEPUBLICEERDE CIJFERGEGEVENS VANWEGE DE SPIEGEL, 1995
20. PERSMAP ANONIEME ALCOHOLISTEN, ALGEMEEN DIENSTBUREAU ANTWERPEN
21. PLURALISTISCH OVERLEG WELZIJNSWERK, DRUGHULPVERLENING EN -PREVENTIE VANUIT HET ALGEMEEN WELZIJNSWERK, 3/1995
22. PLURALISTISCH OVERLEG WELZIJNSWERK, NAAR EEN COHERENT DRUGBELEID. DE BIJDRAGE VAN HET ALGEMEEN WELZIJNSWERK, MAART 1995
23. POLITIEK ZAKBOEKJE 1994, ANTWERPEN, KLUWER, 1994
24. TREFPUNT ZELFHULP, III VERSLAVINGEN (HOOFDSTUK UIT EEN OVERZICHT VAN ZELFHULPGROEPEN IN VLAANDEREN), PP.150-163
25. VACA, ADVIES IVM DE PLAATS EN DE FUNCTIE VAN DE CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG INZAKE DRUGHULPVERLENING, ADVIES 22, BRUSSEL, 4/1993
26. VANDEVELDE D., WERKING VZW DE KIEM, IN: DE KIEM VZW, JAARVERSLAG 1993
27. VLASTROV, VERSLAG 1993-1994
28. VZW KATARSIS, DRUGVRIJE THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP, PROMOTIEBROCHURE, 1995
29. WYDOODT J.P., NOTA INZAKE REGISTRATIE, 11/94

Lijst van tabellen

Brussel, 08 april 1993 Advies 22

Bijlage

VLAAMS COMITE VAN ADVIES VAN DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.

Advies in verband met de plaats en de functie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg inzake drughulpverlening.

1.- Het imbroglio rond het drugbeleid lijkt heden compleet. Een geheel van gebeurtenissen, zowel politieke als wetenschappelijke, maar vooral de sociale noodzakelijkheid, zal mogelijk, al dan niet via nieuwe wetten, het drugbeleid gaan bepalen.
Dat deze wetten aan het zorgvuldig werken van menige hulpverleners nu ook een rechtszekerheid zal geven, is een goede zaak. Als daarenboven ook een coherent en duidelijk drugbeleid ontstaat, samen met het vrijmaken van de middelen hier toe, lijkt er een doorbraak te kunnen komen.

2.- VERSLAVINGSZORG richt zich niet enkel op de "niet-maatschappelijk getolereerde" middelen of Drugs, maar evenzeer en nog meer op het geheel van alkoholgerelateerde problemen. Verslavingszorg is een veelzijdig, meervoudig en complex gebeuren. Het strekt zich uit over vele sectoren nl. welzijnszorg, gezondheidszorg, justitiële zorg, enz., en vraagt een dynamisch en flexibel hulpaanbod ten aanzien van een geheel van zeer uiteenlopende hulpbehoeften en hulpvragen.
Gebruik/ misbruik /of verslaving kent gradaties, is menigmaal discontinu of fasisch in zijn beloop, heeft betrekking op vele soorten middelen (nl. alkohol - pillen - illegale middelen - enz.) en ernstige gevallen evolueren niet zelden naar chroniciteit. Een kleine groep kan als extreem problematisch worden omschreven.

3.- De taken van de verslavingszorg naar alkohol- en druggerelateerde problemen toe omvatten, naast primaire en secundaire preventie ook advies, consultatie, begeleiding, hulpverlening, zorgverlening en allerhande therapeutische interventies. Dit multidisciplinair gebeuren van medisch/farmacologische, sociaal/ pedagogische en psychologisch/ psychotherapeutische aard is derhalve multidisciplinair van aard. Overleg, coördinatie, case-management en regionale samenwerkings-afspraken zijn noodzakelijke uitbreidingen voor een degelijk uitgebouwde verslavingszorg.

4.- De hulpverlening kent doelstellingen, te expliciteren tussen hulpvrager en hulpverlener. Hulpverlening bestaat uit op doelen gerichte activiteiten en taken nl. normaliseren van het neurobiochemisch gebeuren bij dependentie - psychosociaal herstel - algemene 'harm' reductie - verbetering van leefsituatie - kwaliteit van leven - terugdringen van afhankelijkheidsgedrag en verbeteren van sociale integratie. Hierbij zijn de motivationele psychotherapeutische interventies primordiaal.

5.- Naast het geven van primaire zorg aan het individu en zijn directe omgeving zijn ook vele andere voorwaardenscheppende activiteiten van socio-culturele (bv. onderwijs, gezin e.d.), maatschappelijk-economische (bv. werk, toegang tot hulpverlening enz.) en justitiële -strafrechtelijke aard (straf, vervolgingsbeleid e.d.) noodzakelijk. Politiek en ideologische visies zijn hier van belang.

6.- Inzicht naar de kwalitatieve aard van het probleem (nl. wat is de structuur, de organisatie, de ontstaans- en ontwikkelingsfactoren en de vele betekenisvolle symptomen van dit verslavingsfenomeen), naast de kwantitatieve - (registratie, epidemiologische gegevens naar incidentie, prevalentie, morbiditeit, mortaliteit, schade (harm) op medisch-sociaal, psychologisch, criminologisch, economisch ...vlak) is een noodzaak wil men beleid en middelen op elkaar afstemmen.

7.- Behandeling veronderstelt een inzichtelijk en doelgericht werken. Het omvat probleemanalyse, diagnostiek, therapie en opvolging. Dit alles dient op een wetenschappelijke wijze te geschieden door een zich continu bijscholende multidisciplinaire equipe. Hiertoe kan zij gebruik maken van therapeutische middelen. Voor deze behandelingstechnieken en doelen bestaan indicaties, procedures en effectevaluaties. Bepaalde behandelingen zijn laag, midden of hoogdrempelig in functie van een reeks factoren zoals toegankelijkheid, bereikbaarheid, kostprijs en inzet/motivatie. Tenslotte zal iedere vorm van verslavingszorg aan kwaliteitscontrole dienen te participeren.

8.- De voorzieningen binnen een bepaalde regio moeten afgestemd zijn op de noden - kwalitatief en kwantitatief - van deze regio (grootstad - landelijk enz.). Tussen de regio's moet een goede spreiding zijn zodat concentratie van probleemcliënten vermeden kan worden. Er moet ook rekening gehouden worden met de diversiteit, verscheidenheid, alsook met capaciteit en doorstroming. De hulpverlening moet oprecht, eerlijk en doorzichtig zijn, niet enkel t.a.v. andere hulpverleners, maar ook naar de cliënten en de verwijzers toe. Zowel het oneigenlijk gebruik van voorzieningen, het draaideur-patiëntentoerisme, enz. als het ondeontologisch afwenden en doorschuiven van probleemcliënten moet vermeden worden. Goede regionale samenwerking naast overleg en coördinatie zijn hiertoe noodzakelijkheden. Het uitbouwen van case-management en overleg met de 0o en 1o lijn (huisartsen) is jammerlijk een soms moeilijk te behalen doel. Hierin moet verder worden geïnvesteerd.

9.- De overheid kan regulerend, ordenend en stimulerend optreden. Zij ziet toe op de taken, verleent erkenningen en zorgt menigmaal voor de financiële middelen. Naast een partner in overleg, zorgt zij dat ook vernieuwende initiatieven kunnen plaats vinden. Het vrije initiatief in deze materie vindt zij belangrijk. Zij gaat een oneigenlijk gebruik ontmoedigen, bekijkt de situatie per regio en helpt wildgroei aan voorzieningen te voorkomen. Politieke en ideologische visies (ofschoon conceptueel van belang) kan zij niet dwingend opleggen noch preferentieel behandelen. Naar billijkheid beweegt zij zich binnen de reguliere en alternatieve hulpverleningscircuits, en zelf tracht ze zicht te krijgen in de carrousel van erkennende, subsidiërende en toeziende overheidsorganen. Ze raadpleegt de veldwerkers, helpt in het organiseren van studiedagen en gespreksrondes, laat zich informeren en bevordert specialisatie, studie en bijscholing.

10.- De taken omschreven onder punt 3 behoren integraal tot het takenpakket van een CGG. Ze behoren tot haar organieke opdracht. Aldaar gebeurt immers preventie, advies, consultatie, diagnose, evaluatie, begeleiding en behandeling door een multidisciplinair en deskundig team. Haar doelstellingen zijn eerder hoogdrempelig en herstel van de gedeeltelijke en/of totale geestelijke en mentale gezondheid is haar behandelingsfinaliteit. Het spanningsveld tussen wensbaar en haalbaar blijft moeilijk hanteerbaar, maar kan geen reden zijn tot verloedering binnen de hulpverlening. Klemtoon ligt op extramuraal werken. Van uit dit extramurale werkplatform kan optimaal gewerkt worden naar de habituele leef- en woonsituatie alsook naar dagcentra en semi-residentiële strukturen. Sommige CGG hebben al jaren naar alkohol- en druggerelateerde problemen een waaier van efficiënte preventieve en therapeutische zorgen georganiseerd en zodoende ook bijgedragen tot continuïteit in de zorgverlening.

11.- Binnen de algemene werking van een CGG kunnen alkohol- en druggerelateerde problemen aan bod komen en derhalve hulp en behandeling krijgen. Naast de inpassing in deze algemene werking, zijn er centra die, of zich daartoe voornamelijk gespecialiseerd in op stellen , of aan een gespecialiseerde equipe deze categoriale zorg opdragen. Een bepaalde groep CGG verkiest niet met deze populatie te werken en verwijst die dan ook. Ook moet vermeld worden dat CGG in belangrijke mate participeren

aan regionale coördinatie- en overlegstructuren en goed kunnen bijdragen tot opvolging en registratie. Ze kan een actieve rol spelen bij het implementeren van hulp/behandelingsaanbod gezien haar goede contacten met andere sectoren.

12.- Bekend is dat in de populatie van druggebruikers psychopathologie in belangrijke mate aanwezig is, en dit naast de sociale en lichamelijke problemen / dysfunctie of schade. Bij een bepaalde groep is het psychopathologische premorbied aanwezig, bij de anderen ontstaat het pas secundair op het gebruik en de levenservaringen (directe en indirecte invloed) rond drugs. Naarmate de dependentie of verslaving toeneemt, en naarmate het gebruik problematischer wordt stijgen de psychopathologische fenomenen. Psychiatrische evaluatie, diagnostiek en behandeling is een essentieel onderdeel van een wetenschappelijke verantwoorde verslavingszorg. De CGG hebben een psychiatrische functie in hun basis-equipe/team wat een garantie naar diagnostiek en behandeling zou dienen in te houden.

13.- Het gebruik van bepaalde drugs, in het bijzonder de narcotica, veroorzaken neurobiochemische veranderingen of neuro-adaptieve stoornissen. Dit biochemische substraat ligt grotendeels aan de oorsprong en ontwikkeling van vele verslavingssymptomen. Deze gedragssymptomen zijn farmacologisch te beïnvloeden. De empirie heeft uitgewezen dat, wegens zijn farmacokinetisch en farmacologisch profiel, Methadone (voorlopig) het meest beantwoordt aan het substitutiefarmacon dat kan instaan voor het blokkeren van deze morfine-receptoren. In de jaren 60-70 werd het vooral gehanteerd om sociaal en maatschappelijk storend gedrag medicamenteus te beïnvloeden. Binnen de drugscene heeft het een duidelijk positief effect naar verwervingsdelicten toe. Het veroorzaakt geen genezing, tempert de schade, en maatschappelijk substitueert het zich mede ten aanzien van de illegale drug-handel/scene...

14.- Methadone is één van de vele morfinomimetica dat (en dit dan quasi uitsluitend ten aanzien van narcotica-verslaving) kan gebruikt worden als vervangingsmiddel, en dit, of voor afbouw of voor onderhoud.
De <u>afbouw</u>programma's kunnen (1) snel verlopen nl. in 1 à 3 weken, of (2) kort nl. in 2 à 3 weken.
<u>Onderhoud</u>programma's kunnen over vele maanden of jaren lopen. Soms heeft men een jaar (3) nodig voor aleer men naar abstinentie overgaat. Bij anderen wordt het zonder eindlimiet (4) voorgeschreven.
Is bij 1 en 2 de abstinentie de finaliteit, dan stelt zich dit niet bij het type 4. Bij type 3 hoopt men dat hij/zij vroeg of laat ... men ziet wel.

15.- Doelstellingen, behandelingsplannen en werkwijzen zijn essentiële onderdelen van de methadone-programma's. Deze moeten duidelijk omschreven worden, zodat de cliënt, de verwijzer en de behandelaar een richtsnoer naar de toekomst krijgen. Het is een contract. Het bepaalt de wijze en de doelen en dit niet enkel naar het individu, maar ook naar de omgeving en de samenleving toe. Het moet ook kaderen als een onderdeel in een veel ruimer hulpverleningsaanbod en een duidelijk en coherent drugbeleid weerspiegelen. Geweten moet zijn dat Methadone enkel bij narcoticaverslaving zin heeft, en dus geen antwoord geeft voor de vele andere vormen van drugmisbruik of verslaving (polytoxicomanie - recreatief druggebruik enz.).

16.- Vele praktische problemen zijn verbonden aan de Methadoneprogramma's. Ze zijn oplosbaar doch moeten hun aandacht krijgen, te weten: de inclusie en exclusiecriteria, de procedurebewaking van het programma, het handhaven van de doelstellingen, de dosis en de distributieverstrekking, de wens het voorschrijven te ontkoppelen van het verstrekken, de regionale spreiding, het spanningsveld tussen versnipperen en delegeren naar huisartsen en het centraliseren naar grotere Methadoneprogramma's, de effecten van deze programma's naar andere hulpverleningsprojecten en doelstellingen, de effecten op vraag/aanbod enz. Tenslotte moet gesteld worden dat een goed draaiend

Methadoneprogramma een goede structuur en logistieke ondersteuning vereist, en dat hiertoe financiële middelen moeten worden vrij gemaakt.

17.- Deze Methadoneprogramma's zijn ambulante programma's. Ten onrechte denken nog velen (ook justitie) dat behandelen enkel residentieel kan verlopen. Zonder opname in een residentiële setting kan ook zeer zinvol, om niet te zeggen meer naar de realiteit toe en zonder vluchtgedrag, aan begeleiding en behandeling worden gedaan. Naar efficiëntie en kostprijs moet de extramurale sector zeker niet onderdoen voor de residentiële. Wat meer is, ze kan de begeleiding en behandeling uitvoeren binnen de reële leefwereld van de cliënt en hem langdurig en longitudinaal volgen.

BESLUIT :

De CGG zijn bijzonder goed gesitueerd om in het hulpverleningsveld naar alkohol- en drugproblematiek toe een passende hulp te verlenen, hetzij als algemene ondersteuning, hetzij als categoriaal en gespecialiseerd. Ze werken extramuraal, hebben een eigen identiteit, zijn herkenbaar en kunnen als dusdanig functioneren en geïntegreerd samenwerken binnen een ruimer en gedifferentieerd alkohol- en drughulpverleningsaanbod. Het totale pakket met alle mogelijke modaliteiten aan zorgen hoeft zij niet als dusdanig te verlenen. Hiervoor zijn er ook andere voorzieningen met andere doelstellingen en methodieken. Het zelf in beheer hebben binnen een zelfde locatie van zowel laag- als hoogdrempelige programma's brengt duidelijke neveneffecten te weeg naar de totale behandelingsfilosofie en de beeldvorming van een psycho-sociaal behandelingscentrum. Deze consequentie moet dan ook ingecalculeerd worden bij een keuzebepaling.
Naar Methadoneprogramma's in concreto toe zal zij vooral naar (korte termijn) afbouw werken. Deze afbouwprogramma's zouden nog meer binnen de CGG kunnen/dienen ontwikkeld te worden, samen met het uitbouwen van intensieve motivationele behandelingspakketten.
Langdurige onderhoudsprogramma's en zeer laagdrempelige methadoneverstrekking vallen niet als dusdanig binnen de behandelingsethiek en - doelen van een CGG. Immers stelt men hier niet genezing centraal, wel het indijken van vooral sociaal ongewenst gedrag en verdere verloedering (harm-reduction).
Via de samenwerkingsverbanden zouden de CGG samen met de andere drug-hulpverleningsinstantie kunnen bijdragen tot een beter afstemmen van de hulpvraag/nood op het aanbod, inclusief het aanbieden van intersectoriële hulp en advies.
Dat echter, voor een zeer geselecteerde groep met extreem problematisch druggebruik, substitutie /onderhoud wenselijk is, lijkt aanneembaar. Hierin kan een (al dan niet gespecialiseerde) CGG een consultatieve en superviserende functie hebben (als evaluatieteam) en derhalve nauw samenwerken met erkende methadoneverstrekkers of programma's. Deontologische werkmethodieken zullen nog moeten opgebouwd worden.
Wel zal aandacht moeten geschonken worden aan het vrij maken van middelen voor deze toegevoegde hulpverleningspakketten aan de CGG, alsook voor continue bijscholing.

Goedgekeurd in de plenaire vergadering van 08 april 1993 en aldus opgemaakt om als advies te worden overgemaakt aan de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin.

Drughulpverlening in Vlaanderen

Feiten en problemen

SYNTHESE

in opdracht van de Minister van financiën en begroting, gezondheidsinstellingen, gezin en welzijn,

Mevr. W. Demeester.

Vereniging voor Alcohol-en andere Drugproblemen

Onderzoeker : Veerle Raes
Met medewerking van : Frank Lenders
Promotor : Marijs Geirnaert

mei 1995

VAD

1. INLEIDING

De complexiteit van de drugproblematiek verantwoordt een ruim aanbod aan voorzieningen die rond deze problematiek werken. Afhankelijk van de soort en de ernst van de problematiek en van de vooropgestelde doelen is een of andere of meerdere vormen van zorg- en hulpverlening aangewezen. Het spreekt voor zich dat de afstemming van en samenwerking tussen de verschillende werksoorten van primordiaal belang zijn om de gestelde doelen te realiseren.

De hulp aan druggebruikers situeert zich op verschillende niveaus van zorg- en hulpverlening. Aansluitend bij preventie dient de aandacht bij voorkeur te gaan naar vroegtijdige opsporing en interventiemogelijkheden. De mantelzorg en de eerstelijnsvoorzieningen staan hierbij voorop. Naarmate de ernst van de problematiek toeneemt komen we van de algemene naar de meer gespecialiseerde voorzieningen. Ook hier zijn verschillende gradaties mogelijk van zelfhulp tot ambulante naar residentiële voorzieningen.

In het kader van de nota inzake drughulpverlening werd omwille van tijdsgebrek, de inventaris beperkt tot enkele sectoren binnen het ruime veld van drughulpverlening. De keuze voor de meer gespecialiseerde diensten heeft voornamelijk te maken met het feit dat ze het meest in de kijker lopen in het kader van de stijgende aandacht voor drughulpverlening. Evenwel is een verdere inventaris van de knelpunten in de meer algemene hulpverlening essentieel om de uitbouw van de drughulpverlening in zijn totaliteit te optimaliseren.

De werksoorten die in de nota werden opgenomen zijn:
* zelfhulpgroepen
* straathoekwerk
* ambulante geestelijke gezondheidszorg
* ambulante revalidatiesector inzake drughulpverlening
* residentieel welzijnswerk
* residentiële psychiatrische klinieken
* residentiële revalidatiesector inzake drughulpverlening

2. WETTELIJKE OMKADERING

De bevoegdheid over drughulpverlening is verdeeld over verschillende ministiers. Op federaal niveau zijn de minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, de minister van Sociale Zaken, de minister van Justitie en de minister van Binnenlandse Zaken bevoegd, elk over een deel binnen het geheel van de drughulpverlening. Gezien de beperking van het aantal onderzochte werksoorten gaat het in eerste instantie om de twee eerstgenoemde ministers die betrokken zijn bij twee grote groepen van voorzieningen: de psychiatrische ziekenhuizen en de revalidatiesector inzake drughulpverlening. De ambulante geestelijke gezondheidszorg en de welzijnssector in zijn geheel behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Gezin en Welzijn. Het straathoekwerk is dan weer een werksoort die, afhankelijk van de kaders waarbinnen de straathoekwerkers zijn tewerkgesteld, afhankelijk is van de Vlaamse minister van Tewerkstelling en Sociale

Aangelegenheden en de federale minister van Binnenlandse Zaken.

Uit de studie blijkt dat er heel wat (voornamelijk inhoudelijke) raakgebieden zijn tussen de verschillende werksoorten, ongeacht de ministers waarvan ze afhankelijk zijn. Een belangrijk knelpunt is evenwel dat een vergelijkbare soort van aktiviteiten, afhankelijk van de erkenning, op een verschillende manier wordt geprogrammeerd, erkend en gefinancierd. Deze verschillen hebben gevolgen voor wat betreft de samenwerking en coördinatie tussen de verschillende werksoorten.

3. Kwantitatieve gegevens

In Vlaanderen zijn momenteel 40 ***psychiatrische ziekenhuizen*** erkend. Verdeeld over de provincies wordt volgend beeld verkregen:

Provincie	Aantal
Antwerpen	6
Vlaams Brabant	10
Limburg	4
Oost-Vlaanderen	13
West-Vlaanderen	7
Totaal	40

De spreiding van de ***revalidatiecentra inzake drughulpverlening*** ziet er als volgt uit:

Provincie	aantal plaatsen resid. crisisopvang	aantal plaatsen resid. langdurig programma in TG	ambulant dagcentra
Antwerpen	15 (ADIC)		1
Vlaams Brabant		13 (De Spiegel)	1
Limburg		13 (Katarsis)	
Oost-Vlaanderen	12 (CIC De Sleutel)	30 (De Kiem, De Sleutel) 15 (Ovaal)	1
West-Vlaanderen	12 (Kompas)		1

De totale opnamecapaciteit van ***onthaalcentra*** in Vlaanderen bedraagt 1862 erkende plaatsen, verspreid over 75 centra. Daarnaast zijn er nog een 400-tal niet-erkende plaatsen. De verdeling van de erkende plaatsen naargelang van de aard van de cliënten dat ze opvangen is als volgt:

provincie	aantal centra	plaatsen mannen	plaatsen vrouw + kind	gemengde plaatsen	tot.aantal plaatsen
Antwerpen	33	320	117	169	606
Vl. Brabant	14	140	79	154	373
Limburg	14	177	60	65	302
O-Vlaand.	19	199	88	87	374
W-Vlaand.	25	263	180	82	525

Uit de cliëntgegevens blijkt dat het aanmeldingsprobleem verslaving 1242 keer voorkomt als één van de problemen. Dit is 15% van het totaal aantal registraties. In verhouding gaat het om 22,8 % van de mannen tegenover slechts 4,6 % van de vrouwen.

In Vlaanderen zijn er 85 ***centra voor geestelijke gezondheidszorg***. De verdeling ziet er als volgt uit:

Provincie	aantal centra	aantal cliënten
Antwerpen	21	9205
Vlaams Brabant	18	4428
Limburg	12	7050
Oost-Vlaanderen	21	9388
West-Vlaanderen	13	4349
Totaal	85	34420

Uit de registratiegegevens blijkt dat 7,7 % van de aanmeldingsklacht (eerste en/of tweede klacht) verband houdt met een verslavingsprobleem. In absolute cijfers gaat het om 3315 cliënten.

In Vlaanderen zijn er momenteel 75.5 FT ***straathoekwerkers*** werkzaam. Zij zijn niet alle specifiek werkzaam rond de drugproblematiek. Per provincie krijgen we volgende verdeling:

Provincie	full-time equivalenten
Antwerpen	24
Vlaams Brabant	20,5
Limburg	10
Oost-Vlaanderen	14
West-Vlaanderen	7

Volgend beeld wordt verkregen van de ***zelfhulpgroepen***:

Provincie	**AA**	**Al-Anon**	**Alateen**	**Toxan**	**illeg. drugs**	**algem. nt.gesp.**
Antwerpen	72	23	4	5	5	2
Vl. Brabant	30	20	6		3	1
Limburg	46	22	3	5	2	1
O-Vlaanderen	78	25	5	2	1	5
W-Vlaanderen	123	17	1	3		2
Totaal	349	107	19	15	11	11

Op het vlak van ***samenwerking en doorverwijzingsmogelijkheden*** zijn een aantal knelpunten te signaleren. De erkende samenwerkingsstructuren omvatten niet alle werksoorten, waardoor samenwerking eerder beperkt blijft. Deze beperking heeft te maken met de bevoegdheidsverdeling op dit terrein.
Ook lijkt het aangewezen dat drughulpverlening en justitie beter op elkaar zouden afgestemd zijn, voornamelijk op het vlak van gedwongen behandeling van drugverslaafden.
Binnen elke provincie zijn er weliswaar heel wat informele samenwerkingsverbanden en vooral doorverwijzingsmogelijkheden, die door de verschillende werksoorten in de praktijk veelvuldig worden gebruikt.

4. Kwalitatieve gegevens

Voor de psychiatrische ziekenhuizen en voor de centra geestelijke gezondheidszorg werd informatie verkregen over de minimale criteria voor opvang en behandeling van illegale drugverslaving. De eventuele uitsluitingscriteria worden per provincie en per sector weergegeven, waaruit een vrij grote verscheidenheid binnen elke werksoort zelf naar voren komt.
In een tweede deel worden de specifieke behandelingstypes uitvoerig besproken. Uit deze beschrijving zijn geen duidelijke lijnen te zien voor de diverse werksoorten. Het ontwikkelen van een aanbod heeft met expliciete keuzen te maken in het al dan niet ingaan op de drugproblematiek. En daar zijn binnen elke werksoort zelf grote verschillen waar te nemen, evenals tussen de werksoorten onderling. Op diverse punten is een grote diversiteit waar te nemen m.b.t.:
- visie en doelstellingen
- doelgroepen
- categoriale of niet-categoriale aanpak
- duur van de behandeling
- aangeboden programma
- doorverwijsstrategieën

Gezien het geheel van diverse benaderingen in de verschillende werksoorten is het belangrijk

om te kijken of er afhankelijk van de regio en de werksoorten een voldoende spreiding is van deze verschillende benaderingen. De vraag dient niet gesteld te worden of er een bepaalde werksoort moet zijn, maar wel of het divers aanbod wel voldoende aanwezig en geprofileerd is.

5. KNELPUNTEN

De knelpunten worden geformuleerd vanuit de verschillende werksoorten.

Vanuit de ***psychiatrische ziekenhuizen*** worden volgende knelpunten als prioritair aangebracht:
- sociaal-administratieve problemen bij de opname van druggebruikers (verzekeringstoestand, schulden, financiële situatie,...)
- toepassing van de wet op de verplichte opname voor drugverslaafden (conflict tussen zorg en behandeling)
- personeelsomkadering (zowel kwantitatief als kwalitatief)

Verder wordt het belang van een goede registratie en van samenwerkingsverbanden die het ganse gamma aan hulpverleningsmodaliteiten in een bepaalde regio bestrijken, benadrukt. De noodzaak aan wetenschappelijk onderzoek wordt gesignaleerd.

De ***revalidatiesector inzake drughulpverlening*** ervaart het systeem van conventies niet echt als problematisch, al signaleert ze een aantal nadelen van het systeem. Toch is er een duidelijk pleidooi om het huidige systeem te bewaren.
De sector pleit tevens voor het behoud van voldoende autonomie om de optimale doelstelling, verslaafden te ontwennen en drugvrij te reïntegreren in de maatschappij, te realiseren. Men signaleert de nood aan een specifieke erkenningsvorm voor de residentiële nazorgfase die vanuit de sector worden georganiseerd.
Het ontbreken van de revalidatiecentra in de bestaande overlegstrukturen wordt als een knelpunt geformuleerd.
De sector pleit daarenboven voor de ontwikkeling van een diversiteit aan drughulpverlening - qua aanbod en initiatiefnemers met aandacht voor zowel algemene zorgverstrekking als categoriale behandeling.
Verder wordt ook hier het belang onderstreept van een eenvormig registratiesysteem en ruimte voor opleiding en wetenschappelijk onderzoek.

Een centraal knelpunt voor de ***centra geestelijke gezondheidszorg*** is gelegen in de wetgeving die anno 1975 een algemene werking heeft opgelegd aan alle centra, waardoor sommige centra die zich in de afhankelijkheidsproblematiek wilden specialiseerden, dit niet deden. De huidige belangstelling vanuit de overheid voor drughulpverlening dreigt als gevolg hiervan nu voorbij te gaan aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg.
De sector signaleert daarenboven volgende noden:
- gebrek aan specifieke opleiding inzake gespecialiseerde drughulpverlening
- de huidige omkadering is niet toereikend voor gespecialiseerde drughulpverlening

Verder beklemtoont de sector de nood aan een multidisciplinaire aanpak van de verslavingsproblematiek en een effectieve coördinatie tussen alle zorgsectoren.

De *welzijnssector* pleit inzake alcoholproblematiek voor betere afspraken met de rijkswacht. Tevens wordt gepleit voor een betere samenwerking en overleg met andere, meer categoriale werksoorten.
Voor wat betreft de illegale drugproblematiek signaleren zij een grote nood aan vorming en ondersteuning. De sector klaagt tevens de overdadige aandacht voor illegale drugs aan, die schril afsteekt tegen het getolereerde gebruik van alcohol en tabak. Ze waarschuwt voor eenzijdige benaderingen zoals criminalisering, eenzijdige curatieve en louter ethische aanpak en pleit voor een verruiming van preventie naar alle sectoren en domeinen.
Voorts wordt het nijpend gebrek aan middelen en aan menskracht die voldoende zijn bijgeschoold voor de opvang van de drugproblematiek, aangeklaagd. Een ander tekort specifiek inzake drughulpverlening is de opgelegde cesuur binnen de welzijnssector tussen de residentiële en de ambulante werkvormen. Zeker inzake drughulpverlening lopen beide werkvormen in elkaar over en in elkaars verlengde.

Het *straathoekwerk* zit als werksoort 'in de lift', maar de verscheidenheid en nepstatuten waarin de straathoekwerkers moeten werken zijn problematisch, voornamelijk omdat hierdoor langetermijnsdoelstellingen in het gedrang komen. Ook is er het gevaar dat de methodiek gebruikt wordt in het kader van criminaliteitsbestrijding en -preventie, terwijl het in wezen om hulpverlening in de welzijnssector gaat.
Verder wordt het gebrek aan omkadering en coördinatie gesignaleerd. De straathoekwerkers signaleren een onvoldoende gedifferentieerd hulpverleningsaanbod voor druggebruikers. Tevens veroorzaakt de toename van cocaïnegebruik meer agressiviteit, wat de werkomstandigheden van de straathoekwerkers bemoeilijkt.
Een verbetering van het statuut van de straathoekwerker, een degelijke opleiding en begeleiding en het accepteren van een inloopperiode voor beginnende straathoekwerkers, zouden erkenning van deze werksoort kunnen bevorderen en de aanwezige frustraties voorkomen.

De knelpunten van *zelfhulpgroepen* variëren naargelang ze gebruikers of ouders van gebruikers verenigen.
Voor sommige zelfhulpgroepen is het wenselijk om het statuut van vzw te verkrijgen.
De ouders van druggebruikers voelen zich vaak niet begrepen door de hulpverlening noch door justitie, politie, enz. Zij signaleren een aantal problemen m.b.t. preventie in het onderwijs, het bespreekbaar maken van de drugproblematiek naar de ganse bevolking toe, de nood aan objectieve rapportering door de media, nood aan grotere deskundigheid van huisartsen met betrekking tot de drugproblematiek.
De oudergroepen signaleren tevens een groot tekort aan crisisopvang, zowel crisiscentra als ziekenhuizen die druggebruikers willen opnemen. Ook signaleren ze de grote behoefte aan nazorg.

6. WERKSOORTOVERSCHRIJDENDE KNELPUNTEN

- Begripsbepaling: drugs, drugproblematiek, drugverslaving

Niet iedereen verleent dezelfde invulling aan deze begrippen. Er heerst onder andere verwarring omtrent de invulling van de term drugs, waaronder in het onderzoek 'alle drugs'

worden verstaan. Voor sommige werksoorten gaat het bij drugs enkel om illegale drugs. Ook wordt drugverslaafde en druggebruiker onvoldoende duidelijk gedefinieerd.

-Bevoegdheidsverdeling, financiering, personeelsomkadering

Zoals hierboven reeds aangegeven veroorzaakt de ruime bevoegdheidsverdeling inzake de drugproblematiek voor verschillende erkenningen, financieringen en personeelsomkadering in de verschillende werksoorten binnen de drughulpverlening. Deze situatie zorgt voor een aantal knelpunten, al verschillen de werksoorten duidelijk van mening of deze situatie zo moet blijven dan wel moet veranderen. Men is het wel eens dat de bestaande verscheidenheid in het aanbod behouden moet worden.

- Een categoriale aanpak voor illegale drugs: wenselijk of noodzakelijk?

De heterogeniteit van de groep van druggebruikers is het meest gebaat met het verder bestaan van beide invalshoeken: een meer algemene benadering én een categoriale benadering. Het is belangrijker beide benaderingswijzen meer op elkaar af te stemmen en te komen tot een duidelijker indicatiestelling wanneer welke benadering het meest/minst is aangewezen.
Verder wordt ook gewezen dat elke werksoort afzonderlijk geen totaal oplossing kan bieden aan de verslavingsproblematiek. Elke tussenkomst van een hulpverlener maakt deel uit van een proces in de totale aanpak en/of behandeling. Elke werksoort neemt verantwoordelijkheid op voor een bepaald stukje in dat proces. Er zijn bovendien verschillende soorten cliënten/patiënten en er zijn verschillende fasen in de problematiek.

- Gebrek aan onderzoek

Er bestaat weinig wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit en effectiviteit van bepaalde behandelingsvormen in de drughulpverlening. Uitgaande van de visie dat drugverslaving en ontwenning een procesmatig verloop kent, is het van het allergrootste belang meer inzicht te hebben in dat proces en te beschikken over nauwkeuriger indicatie-parameters voor een meer specifieke toewijzing van deze of gene behandelingsvorm.
Daarnaast blijkt een volkomen gebrek aan epidemiologische gegevens om de beweging in de tijd van de verslavingsproblematiek te kunnen volgen. Onderzoek vraagt tenslotte eveneens naar middelen.

- Afwezigheid van een eenvormig registratiesysteem in de drughulpverlening

Elke werksoort beschikt over een eigen registratiesysteem, maar de afstemming van de gegevens van de verschillende werksoorten op elkaar ontbreekt volledig.
Een goede registratie vormt de sleutel voor de oplossing van heel wat knelpunten. Eén van de voorwaarden is evenwel de bereidheid tot medewerking vanuit de verschillende werksoorten en er moeten hiervoor ook voldoende middelen voorhanden zijn om deze registratie te realiseren. Er wordt daarenboven sterk gepleit voor een evenwicht tussen enerzijds de minimale vergelijkbaarheid van gegevens en de bruikbaarheid van de registratie binnen de eigen instelling.

-Tekort aan samenwerking

Een tekort aan samenwerking is een veelgehoord knelpunt. De verschillende werksoorten hebben vaak geen inzicht in de doelstellingen, inhoud, aanpak en/of visie van elke werksoort

afzonderlijk.
De bestaande overlegvormen voldoen niet aan de behoefte en staan te veel in functie van het verwerven van cliënten. Op regionaal niveau bestaat een behoefte aan 'case management' wegens de grote mate van drugtoerisme. Verder wordt ook geformuleerd dat samenwerking veel tijd en energie kost.

- ***Nood aan vorming en specifieke deskundigheidsbevordering***
Meer opleiding en deskundigheidsbevordering inzake de opvang van drugproblematiek is een veelgehoorde vraag. De vraag naar vorming betreft zowel de mogelijkheden qua tijd voor het bestaande personeel om dergelijke opleidingen binnen het kader van hun opdracht te volgen als qua beschikbare middelen.

7. Slotbeschouwingen

De drughulpverlening is een breed veld waarin meerdere werksoorten betrokken zijn. Zowel in de ambulante als in de residentiële drughulpverleningssector zijn er werksoorten ontstaan die zich uitsluitend op drughulpverlening specialiseerden. Verder zijn er binnen de ambulante en residentiële werksoorten zowel initiatiefnemers die zich ook op de drughulpverlening toeleggen en specialiseren, naast andere probleemgebieden, als initiatiefnemers die zich helemaal niet specialiseren. Een gemeenschappelijk gegeven is evenwel dat al deze voorzieningen zich wel verantwoordelijk voelen voor het lot van de hulpvragende druggebruiker en/of -verslaafde en daarbij hetzij het absolute minimum onderneemt namelijk de cliënt actief doorverwijst naar een voorziening die meer gespecialiseerd is in de problematiek, hetzij zelf verdere stappen onderneemt.
Er is een grote verscheidenheid in het werkveld van de drughulpverlening en die weerspiegelt op haar beurt ook de verscheidenheid in het doelpubliek inzake drugs. Een voldoende gediversifieerd aanbod lijkt dan ook een goed antwoord op een heterogeen doelpubliek.